

Masteroppgave i farmasi

Pasientsamtaler om legemiddelbruk i rehabiliteringsinstitusjon i Trondheim kommune

av

Anne Marie Gjerde
Mai 2008



Avdeling for farmakologi, Institutt for farmasi
Det medisinske fakultet
Universitetet i Tromsø

Veiledere:
Janne Kutschera Sund, Sykehusapotekene i Midt-Norge
Trude Giverhaug, Institutt for farmasi, UiT

Forord

Denne masteroppgaven ble utført ved Sykehusapotekene i Midt-Norge i perioden oktober 2007 til mai 2008.

Først og fremst vil jeg takke veiledere cand.pharm Janne Kutschera Sund og førsteamanuensis Trude Giverhaug for konstruktive tilbakemeldinger på det skriftlige arbeidet. En spesiell takk til Janne som med sitt store engasjement har vært til stede i det daglige prosjektarbeidet.

En stor takk til alle pasienter, pårørende og ansatte ved rehabiliteringsinstitusjonene som velvillig har stilt opp.

Takk til forsker Aslak Steinsbekk for hjelp til gjennomføring av en studie med kvalitativt design og til stipendiat Borghild Lomundal for gode innspill underveis i arbeidet med masteroppgaven.

Jeg vil også takke Sykehusapotekene i Midt-Norge for å ha gitt meg muligheten til å delta på faglige møter.

Takk til fagpersonene som bidro i valideringsprosessen, og tusen takk til alle som har bidratt med nyttige innspill, korrekturlesning og inspirasjon!

Trondheim, mai 2008

Anne Marie Gjerde

Sammendrag

Masteroppgaven er en del av prosjektet ” Legemiddelgjennomgang ved utskriving fra St. Olavs hospital til sykehjem i Trondheim kommune”. Som har som mål å vinne praktisk kunnskap om og erfaring med en integrert intervensjon for legemiddelgjennomgang, overføring av legemiddelinformasjon og opplæring i legemiddelbruk for eldre pasienter som skrives ut fra St. Olavs hospital til sykehjem i Trondheim kommune.

Til tross for at personer over 65 år utgjør bare 16 % av befolkningen, bruker de 45 % av alle legemidler. Flere studier viser at eldre pasienter ikke får tilstrekkelig informasjon om legemidlene de bruker. Det mangler opplegg for pasientopplæring som er tilpasset eldre og deres behov,

Formål

Formålet med masteroppgaven var å utarbeide en mal for pasientsamtalen, gjennomføre pasientsamtaler i rehabiliteringsinstitusjon og i hjemmet, og evaluere effekten av gitt legemiddelinformasjon på pasientens kunnskap om egen legemiddelbruk. Hensikten med pasientsamtalen er å oppnå at pasientene bruker legemidlene sine riktig når han/hun kommer tilbake i hjemmebasert omsorg.

Materiale og metode

Inklusjonskriteriene var pasienter over 65 år med planlagt utskrivelse til rehabiliteringsopphold i regi av Trondheim kommune. Det ble inkludert 11 pasienter i masteroppgaven. I forkant av pasientsamtalen ble det gjennomført kvalitative intervju om legemiddelbruk med pasientene i rehabiliteringsinstitusjon. Pasientene ble også bedt om å svare på en spørreundersøkelse som omhandlet kunnskap om egen legemiddelbehandling, både før og etter pasientsamtalen. Etter at pasientene var kommet tilbake til hjemmet fikk seks av pasientene på nytt besøk, da av både farmasøyt og student. Intervjuene ble transkribert, analysert, og sammenlignet med svarene på spørreskjemaet. Det ble også det laget oversikter over hvilken informasjon som ble gitt i pasientsamtalen, og hvilke informasjon pasientene ønsket seg i intervjuet.

Resultat

Det var flest pasienter som ønsket informasjon om indikasjon for bruk, bivirkninger, og hvordan legemidlene skal administreres. I alle pasientsamtalene ble indikasjon for bruk, og hvordan legemidlene skulle administreres gjennomgått, så fremt pasienten ikke hadde oversikt over dette selv. En tilpasset skriftlig oversikt til hver enkelt pasient kan være et godt utgangspunkt for pasientsamtalen. Det var ikke samsvar mellom spørreskjema og intervju for seks av ni tema. På 12 av spørsmålene i spørreskjemaet ble det sett en forbedring i kunnskapen hos en, to eller tre av pasientene. På 10 av spørsmålene i spørreskjemaet ble det sett en forverring i kunnskapen hos en eller to av pasientene. Fem av seks hjemmebesøk avdekket tilleggsinformasjon om legemiddelbruken til pasienten, og farmasøyten fikk bedre innsikt i pasientens legemiddelbruk.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien tyder på at samtlige av pasientene kunne hatt behov for mer informasjon, og at flere av pasientene ønsket mer informasjon. Intervju med pasienter, pasientsamtaler og hjemmebesøk ser ut til å være nyttige tiltak, for å nå målet om riktig legemiddelbruk. Spørreskjemaet fungerte ikke som forventet, det var i liten grad samsvar mellom hva pasientene sa i intervjuet og svarte på spørreskjemaet.

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	iii
Innholdsfortegnelse	v
Tabelloversikt	viii
Figuroversikt	viii
1 Innledning	1
1.1 Eldre og legemidler	1
1.2 Bivirkninger.....	2
1.3 Legemiddelrelaterte problemer.....	2
1.4 Legemiddelmeldingen	3
1.4.1 Feilmedisinering.....	3
1.4.2 Tiltak for riktigere legemiddelbruk	3
1.5 Informasjon til pasienten	4
1.6 Viktige begreper	6
1.6.1 Compliance.....	6
1.6.2 Adherence.....	7
1.6.3 Concordance.....	8
1.7 Kommunikasjon.....	8
1.7.1 Definisjon	8
1.7.2 Nonverbal kommunikasjon	9
1.7.3 Lytte	9
1.7.4 Barrierer	9
1.8 Kvalitativ forskning.....	9
1.9 Semistrukturerte intervju	10
1.9.1 Gjennomføring av intervju	10
1.9.2 Problemer ved intervjuer.....	11
1.10 Pasientsamtalen.....	11
1.11 Hjemmebesøk av farmasøyt.....	12
2 Formål	13
2.1 Formålet med masteroppgaven.....	13
2.1.1 Målet med pasientsamtalen	13
2.2 Problemstillinger	13
3 Materiale og metode	15
3.1 Prosjekt legemiddelgjennomgang.....	15
3.2 Pasienter.....	15
3.3 Metode.....	16
3.4 Masteroppgaven.....	18
3.5 Intervjuguide.....	19
3.6 Intervjuet.....	19
3.7 Spørreskjema	20
3.8 Mal for pasientsamtalen.....	20
3.9 Intervju med sykepleier	20
3.10 Validering	20
3.10.1 Ekspertgruppe	20
3.11 Analyse	21
4 Resultat	23
4.1 Pasienter.....	23
4.2 Rammefaktorer og tidsbruk	25
4.2.1 Intervju rehabiliteringsinstitusjon	25

4.2.2	Pasientsamtale i rehabiliteringsinstitusjon og i hjemmet	26
4.2.3	Hjemmebesøk	27
4.3	Spørreskjema	27
4.4	Intervju sammenlignet med spørreskjema	29
4.4.1	Pasienten sin egen beskrivelse av hva han eller hun bruker av legemidler	29
4.4.2	Indikasjon for legemidler	30
4.4.3	Adherence	32
4.4.4	Når skal medisinen tas	33
4.4.5	Virkningsmekanisme	33
4.4.6	Reseptfrie legemidler	34
4.4.7	Naturmidler/helsekostprodukter	34
4.4.8	Bivirkninger	36
4.4.9	Behov for informasjon	37
4.4.10	Bekymringer	38
4.4.11	Redsel for å bli avhengig av legemidler	40
4.4.12	Tiltro til helsepersonell	40
4.5	Pasientsamtalen	42
4.5.1	Skriftlig informasjon	44
4.5.2	Tilleggsinformasjon fra hjemmebesøket	45
4.6	Intervju med sykepleier	46
4.6.1	Rutiner for å gi legemiddelinformasjon til pasienter	46
4.6.2	Redsel for å bli avhengig av legemidler	47
4.6.3	Erfaringer med eldre og legemidler	47
5	Diskusjon.....	49
5.1	Valg av metode	49
5.1.1	Analyse	50
5.1.2	Validering	50
5.2	Praktisk gjennomføring	51
5.2.1	Tidsforløpet	51
5.3	Pasientpopulasjonen	52
5.4	Intervjuet	52
5.4.1	Hvordan påvirket rammefaktorene intervjuet?	52
5.4.2	Kommunikasjon	55
5.4.3	Intervjuguiden	57
5.5	Pasientsamtalen	58
5.5.1	Hvorfor ble akkurat denne informasjonen gitt i pasientsamtalene?	58
5.5.2	Hvorfor ble noen av pasientsamtalen gjennomført i hjemmet?	60
5.5.3	Hvordan påvirket rammefaktorene pasientsamtalen?	60
5.5.4	Hvor egner det seg å ha en pasientsamtale?	61
5.5.5	Skriftlig informasjon	62
5.6	Spørreskjemaet	62
5.6.1	Avdekker spørreskjemaet endret kunnskapsnivå etter pasientsamtalen	63
5.7	Hjemmebesøk	64
5.7.1	Rammefaktorer	64
5.7.2	Hjemmebesøk med pårørende til stede?	65
5.8	Er det samsvar mellom hva pasientene sier i intervjuet og hva de svarer på spørreskjemaet?	66
5.9	Hva ønsker pasienter informasjon om i en pasientsamtale?	69
5.10	Behov for informasjon	69

5.11	Er det nødvendig med oppfølging av pasienten i hjemmet? Gir et hjemmebesøk tilleggsinformasjon om legemiddelbruken til pasienten?.....	70
5.12	Egne erfaringer sammenlignet med sykepleiers erfaringer	71
6	Konklusjon	73
7	Referanser	75
Vedlegg A	Intervjuguide	1
Vedlegg B	Spørreskjema om legemiddelbruk.....	3
Vedlegg C	PAM13 spørreskjema	5
Vedlegg D	Mal for pasientsamtalen	7
Vedlegg E	Transkribert intervju pasient nr 12	9
Vedlegg F	Sortering av analysetema	19
Vedlegg G	Totaloversikt legemiddelbruk alle pasienter ved innleggelse/sykehus/rehabiliteringsinstitusjon.....	21
Vedlegg H	Skriftlig informasjon gitt pasient 3.....	33
Vedlegg I	Skriftlig informasjon gitt pasient 11.....	34
Vedlegg J	Skriftlig informasjon gitt pasient 13.....	35
Vedlegg K	Skriftlig informasjon gitt pasient 14.....	36

Tabelloversikt

Tabell 1: Oversikt over analysetema	21
Tabell 2: Oversikt pasienter, boforhold før innleggelse og håndtering av legemidler før innleggelsen.....	23
Tabell 3: Tidsbruk og rammefaktorer intervju rehabiliteringsinstitusjon	25
Tabell 4: Tidsbruk og rammefaktorer pasientsamtale i rehabiliteringsinstitusjon og hjemmet	26
Tabell 5: Tidsbruk og rammefaktorer hjemmebesøk	27
Tabell 6: Svar på spørreskjemaet før og etter pasientsamtalen	28
Tabell 7: Hva pasientene ønsket mer informasjon om under intervjuet	42
Tabell 8: Informasjon gitt under pasientsamtalen, og hvilke pasienter som fikk skriftlig informasjon.....	43

Figuroversikt

Figur 1: Flytskjema prosjekt "Legemiddelgjennomgang ved utskriving fra St. Olavs hospital til sykehjem i Trondheim kommune"	16
Figur 2: Flytskjema masteroppgave	18

1 Innledning

1.1 Eldre og legemidler

Legemiddelbehandling av eldre er komplisert av flere årsaker. Fysiologiske aldersforandringer, økt sykkelighet og praktiske vansker knyttet til administrering av legemidler gjør legemiddelbehandlingen av eldre spesielt problematisk. Polyfarmasi øker risikoen for bivirkninger, samtidig som kompliserte legemiddelregimer kan være vanskelige å gjennomføre for pasienten (1). Flere studier viser også at risikoen for å få forskrevet et unødvendig legemiddel er høyere ved bruk av mange legemidler (2),(3).

I Norge regnes en vanligvis som eldre når en har nådd pensjonsalderen på 67 år (4). WHO har definert eldre som personer over 60 år (5). Personer over 80 år defineres av statistisk sentralbyrå som de eldste eldre, dette er sammenfallende med definisjonen til WHO (4),(6).

Antallet eldre i befolkningen blir stadig større, og dermed øker utfordringene knyttet til legemiddelbruk (7). I 2005 var cirka 600.000 personer av Norges befolkning over 67 år. Til tross for at personer over 65 år utgjør bare 16 % av befolkningen, bruker de 45 % av alle legemidler (8). Undersøkelser viser at i gjennomsnitt bruker personer i alderen 70-74 år 2,8 legemidler (9). Tallet for sykehjemspasienter er enda høyere, de bruker i gjennomsnitt fem legemidler daglig (10). Hos de aller eldste, de over 80 år, er det åtte av ti som bruker legemidler (11).

I Sverige har andelen 70-åringer som bruker legemidler økt fra 60 % til 79 % for menn, og fra 76 % til 88 % for kvinner fra 1971 til 2000 (12). Gjennomsnittlig antall legemidler for samme aldersgruppe har økt fra 2,8 til 3,5 hos menn, og fra 2,8 til 4,0 hos kvinner.

1.2 Bivirkninger

Bivirkninger hos eldre underdiagnostiseres i stor grad, dette kommer av at eldre oftere får atypiske reaksjoner på legemidler, eller at de kliniske tegnene forveksles med sykdom og aldersrelaterte endringer (13).

En studie utført i Rotterdam på 106 pasienter over 70 år viste at det hos 24 var en alvorlig bivirkning til stede. Tretten av pasientene ble mest sannsynlig innlagt på grunn av en bivirkning (14).

Over en to års periode ble alle de 732 pasientene som døde på Akershus universitetssykehus undersøkt med tanke på å avdekke fatale bivirkninger (15). Det var 18,2 % av dødsfallene som direkte eller indirekte ble assosiert med ett eller flere legemidler. Pasientene som døde av fatale bivirkninger var generelt eldre enn de pasientene som ikke fikk fatale bivirkninger, brukte flere legemidler og hadde flere sykdommer.

1.3 Legemiddelrelaterte problemer

Legemiddelrelaterte problemer (LRP) kan defineres slik: ”En hendelse eller et forhold som skjer i forbindelse med legemiddelbehandling, og som reelt eller potensielt interfererer med ønsket helseeffekt” (16). Et potensielt problem er forhold som kan føre til legemiddelrelatert sykkelighet eller død dersom man ikke følger det opp. Klassifiseringssystemet for legemiddelrelaterte problemer består av seks hovedkategorier og 12 underkategorier. Hovedkategoriene er legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet. Under kategorien ”avvikende legemiddelbruk” hører blant annet behov for informasjon og veiledning til.

LRP kan identifiseres ved at farmasøyter intervjuer pasientene. Dette ble vist i en studie utført ved fem indremedisinske og to reumatologiske avdelinger ved fire sykehus i Norge (17). Av de 727 pasientene som ble inkludert i studien ble 96 pasienter intervjuet av farmasøyt. I intervjugruppen ble det i gjennomsnitt funnet 4,4 LRP mot 2,2 i kontroll-gruppen.

1.4 Legemiddelmeldingen

1.4.1 Feilmedisinering

Feilmedisinering forekommer i om lag 20 % av alle behandlingsregimer der det benyttes legemidler (4). Legen kan stille feil diagnose, velge feil legemiddel eller forskrive feil dosering. Det kan oppstå misforståelser mellom lege, pleiepersonell, apotek og pasient som gjør at det blir utlevert feil legemiddel, eller at det ikke blir brukt på riktig måte. I tillegg kan pasientene glemme å ta legemidler, misforstå bruksanvisningen eller velge å ta legemidlene på en annen måte enn forskrevet.

Konsekvensene for pasientene ved feilaktig legemiddelbruk kan være manglende effekt, bivirkninger, redusert livskvalitet, økt sykkelighet og dødelighet. I Stortingsmelding nr.18 2004-2005 ”Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk” (Legemiddelmeldingen) foreslås bedre veiledning og oppfølging av pasienter med kompliserte legemiddelregimer som et middel for å redusere antall legemiddelrelaterte problemer.

1.4.2 Tiltak for riktigere legemiddelbruk

Flere tiltak i legemiddelmeldingen handler om å gi informasjon til helsepersonell som kan fremme riktigere legemiddelbruk. I tillegg skal det legges til rette for at pasienter som trenger det får nødvendig og lettfattelig informasjon om legemidler fra Statens legemiddelverk og Helsebiblioteket.

Informasjon og rådgivning om nye legemidler kan bidra til å øke adherence hos eldre pasienter (18). Lege og annet helsepersonell er gjennom lovverket pålagt å gi nødvendig informasjonen (7).

Helsepersonelloven § 10:

”Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (19).”

Apotekloven § 6-6:

”Ved utlevering mot resept skal apoteket bidra til at kunden får tilstrekkelig informasjon om legemiddelet til at det kan brukes riktig (20).”

Pasientrettighetsloven § 3-2:

”Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (21).”

Spesialisthelsetjenesten har et helhetlig ansvar for at befolkningen får tilbud om relevante tjenester, ut i fra lovbestemmelser og andre myndighetsdirektiver. Dette innebærer pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende (22).

1.5 Informasjon til pasienten

Gjennom intervjuer er det vist at pasienter ofte er opptatt av legemidlenes bivirkninger, hvordan legemidlene virker og hva indikasjonen er, hvordan det skal administreres og om det er noe spesielt en skal eller ikke skal gjøre. Studier viser også at helsepersonell er den mest brukte kilden til legemiddelinformasjon. Elektroniske hjelpemidler blir likevel mer og mer viktig, og i tillegg er familie og venner ofte brukt som informasjonskilder (23).

En studie utført i Storbritannia identifiserte og kategoriserte hva 243 brukere ønsket informasjon om fra legen, etter at de har fått forskrevet legemidler. Det var flest som ønsket informasjon om bivirkninger, dernest hvordan legemiddelet virket og om det var nødvendig å endre livsstil (24). I en påfølgende studie ble det sammenlignet hva brukere ønsket informasjon om mot hva leger mente det var viktig å informere om. I den første fasen av studien ble 18 leger spurt om de kunne rangere 16 ulike kategorier legemiddelinformasjon ut i fra hvor viktige de synes de var (25). Kategoriene ble definert i den første studien av Berry, Gillie and Banbury (24). I den andre fasen av studien ble 240 brukere presentert for et hypotetisk scenario, som omhandlet et besøk hos legen der det ble forskrevet legemidler, sammen med en forklaring som det var sagt ble gitt av legen. Fire ulike forklaringer ble sammenlignet, de var enten basert på hva pasientene i den første studien ønsket informasjon om, eller på hva legene mente var viktig å informere om. Resultatet viste at brukere foretrakk forklaringene som var basert på hva brukere i den første studien ønsket informasjon om, fremfor hva legene mente det var riktig å informere om. I de tilfellene der informasjon om bivirkninger ble utelatt, ba brukerne om denne informasjonen. Brukerne foretrakk heller forklaringer som ikke formidlet negativ informasjon, enn de som formidlet noe negativ informasjon. Studien viste også at når det ble gitt negativ informasjon om mulige bivirkninger, påvirket det brukernes angivelse av hvor sannsynlig det var at de ville bruke legemidlene.

Flere studier viser at pasienter ikke får tilstrekkelig informasjon om hvilke legemidler de bruker og hvordan de skal brukes. På en indremedisinsk avdeling på et sykehus i Toronto rapporterte halvparten av de 47 pasientene som var 65 år eller eldre at de ikke fikk noen informasjon om legemiddelbehandlingen, mens de var innlagt på sykehuset (26). Dette til tross for at det var endringer i legemiddelbehandlingen til de fleste pasientene. I 51 % av tilfellene mente legene at det var ulike barrierer som forhindret dem i å drive med pasientopplæring. De vanligste barrierene var mangel på tid, at pasienten var kognitivt svekket eller ikke snakket engelsk flytende, at pasienten ikke hadde fått forskrevet noen nye legemidler eller at det ikke var behov for å gi informasjon. Farmasøyter mente derimot at det var barrierer til stede i 39 % av tilfellene. De vanligste barrierene farmasøytene identifiserte var at de ikke hadde blitt informert om at pasienten skulle utskrives, at pasienten var kognitivt svekket, og at det ikke var behov for å gi informasjon.

På et akuttmottak i Albany, New York ble 77 pasienter over 65 år intervjuet om hvilke reseptbelagte legemidler de brukte (27). Målet var å finne ut hvor mye de kunne om legemidlene, inkludert dose, doseringsintervall og indikasjon. Pasienten fikk lov til å se på medisinalister, legemiddelpakningene eller snakke med andre som var til stede på intervjuet. Det var bare 15,5 % som klarte å svare korrekt på hvilke legemidler de brukte, dose, doseringsintervall og indikasjon. Pasientene som deltok i studien brukte gjennomsnittlig 5,9 legemidler. Likevel var det bare 30 % som ønsket mer informasjon om legemidlene sine.

I en studie i Belgia ønsket en å undersøke hvilke prosesser som fører til uhensiktsmessig legemiddelbruk blant eldre pasienter på akuttavdelinger (28). Studien hadde et kvalitativt design med semistrukturerte intervjuer av 5 leger, 4 sykepleiere og 3 farmasøyter, i tillegg til fokusgrupper med 17 pasienter og observasjon ute på avdelingene. Det var flere faktorer som bidro til uhensiktsmessig forskrivning, rådgivning og informasjonsoverføring til primærhelsetjenesten. De fleste som ble intervjuet konkluderte med at både forskrivning av legemidler og opplæring av pasientene var utilstrekkelig. Flere mente at det ble brukt mye tid på akutte problemer, men at kroniske sykdommer ble oversett. I flere intervju kom det frem at forskrivningen ofte ikke var tilpasset eldre pasienter. Noen leger tok seg heller ikke tid til å slå opp informasjon om legemidler i bøker, men valgte å stole på hva de ble fortalt av andre leger. En sykepleier fortalte hvordan enkelte leger ikke var villige til å informere om

bivirkninger, fordi de antok at pasientene kom til å bli engstelige for å ta legemidlene. De fleste leger og sykepleiere trodde at det var vanskelig å få til endringer i legemiddelregimer på grunn av at pasientene ble knyttet til den vanlige behandlingen. Omtrent halvparten av pasientene var misfornøyd med at de ikke fikk informasjon om endringer. Mangel på tid og en antakelse om at pasientene ikke kom til å forstå informasjonen var andre grunner for utilstrekkelig rådgivning.

En annen studie fra Geneve i Sveits undersøkte hvor mye kunnskap 362 pasienter hadde om legemiddelbehandlingen etter at de var utskrevet fra sykehuset (29). Inklusjonskriteriene var at de måtte bruke minst ett legemiddel som skulle være forskrevet i mer enn en måned før de ble innlagt, at de var innlagt lenger enn 24 timer og at de fikk reise hjem eller til et sykehjem etterpå. Ved hjelp av et telefonintervju kartla man hvor mye pasientene kunne om hvorfor de tok legemidlene, og om de hadde fått informasjon om legemidlene mens de var innlagt. Pasientene visste hvorfor de tok 82 % av alle legemidlene, resultatet var dårligere for legemidler som ble introdusert under sykehusinnleggelsen og hos eldre pasienter. Pasientene rapporterte at de bare hadde fått informasjon om 15 % av legemidlene sine under sykehusoppholdet. Tallet var signifikant høyere for legemidler som ble introdusert under sykehusoppholdet, enn for de som ble tatt før innleggelse. Pasienter som fikk hjelp til å administrere legemidler hjemme, og eldre pasienter rapporterte sjeldnere at de hadde fått informasjon på sykehuset. Studien konkluderer med at en bør bruke mer tid på å informere om nye legemidler som blir introdusert på sykehuset. Dette er spesielt viktig for eldre pasienter siden alder er negativt assosiert med kunnskap om indikasjon.

Det har ikke vært mulig å finne tilsvarende studier gjort i Norge.

1.6 Viktige begreper

1.6.1 Compliance

Compliance innebærer at pasienten bruker legemidlene slik legen har bestemt, uten å delta i beslutningsprosessen (30a). Begrepet compliance har en valgt å gå bort i fra på grunn av at det innebærer en autoritær holdning fra forskriver (eller annet helsepersonell) overfor pasienten. Rollen til farmasøyten her blir å fortelle pasienten hvordan han/hun skal bruke legemidlene, og pasienten skal følge de gitte anbefalingene. I dette tilfellet blir farmasøyten sett på som en ekspert, mens pasienten sine holdninger og meninger blir tatt lite hensyn til.

1.6.2 Adherence

WHO har lagt stor vekt på at en skal skille mellom adherence og compliance. Adherence er definert slik av WHO: “the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.” I begrepet adherence er det innforstått at pasienten skal være en aktiv partner, og være enig i anbefalingene som blir gitt av helsepersonell (31). Rollen til farmasøyten i denne sammenhengen er å klare å involvere pasienten i samtalen, og ta hensyn til pasientens innspill. Adherence har fokus på pasientens etterlevelse, og knyttes til om pasienten tar legemidlene slik som en ble enig om. Pasienten velger selv om han vil følge de gitte anbefalingene, og om han velger å ikke gjøre det er det ikke pasientens ”feil” (32).

”The Cochrane Collaboration” har publisert en oversiktsartikkel som hadde som mål å oppsummere resultatene fra flere randomiserte kontrollerte forsøk der ulike intervensjoner ble gjennomført for å hjelpe pasienter med å følge forskrivningen. Ved korttidsbehandlinger hjalp det med rådgivning, skriftlig informasjon og telefonsamtaler. Når det gjaldt langtidsbehandling var det ingen enkle intervensjoner, og bare noen få komplekse, som førte til forbedringer for pasienten (32). De inkluderte kombinasjoner av en mer egnet behandling for pasienten, informasjon, rådgivning, påminnelser, selvmonitorering, ulike typer terapi, krise intervensjoner, manuell oppfølging på telefon, og/eller andre former for ekstra tilsyn eller oppmerksomhet.

I en studie gjort i Århus i Danmark undersøkte en adherence blant mennesker over 75 år som bodde hjemme (33). Målet var å fastsette adherence, vurdere kunnskapen deres om legemidler, og å kartlegge hva som var de viktigste områdene for intervensjoner. I denne studien ble det undersøkt om blant annet kunnskap om legemidler påvirket adherence. Det var 60 % av pasientene som kunne svare på hva som var hensikten med behandlingen for 75 % av legemidlene. Det var 21 % som forsto hvilke konsekvenser det kunne få å la være å ta et legemiddel eller en dose. Kun 4 % hadde kunnskap om bivirkninger, og 5 % om toksiske risikoer. Ingen av pasientene kunne noe om interaksjoner. Det var en positiv assosiasjon mellom hvor mye kunnskap pasientene hadde om legemidlene sine og adherence. Funnene i denne studien indikerer at personer med lite kunnskap om legemiddelbehandlingen sannsynligvis er under risiko for non-adherence. Polyfarmasi var en sterk indikasjon på non-

adherence. Personer som bodde alene hadde større risiko for å fravike fra oppgitt dose. To personer som bor sammen kan hjelpe hverandre med å huske å ta angitte legemidler og doser. I denne studien var 20-70 % non-adherente alt etter som om man målte avvik fra legemiddel, legemiddelregime eller dose. Avviket var størst på legemidler til symptomatisk bruk. Gjennom å gi eldre økt kunnskap om legemidler kan en øke adherence ved at de blir klar over fordeler og risiko med behandlingen. Bruk av doseringshjelpemidler kan også øke adherence.

1.6.3 Concordance

Concordance er ikke synonymt med compliance eller adherence. Concordance betyr at pasienten involveres i beslutninger om egen helse. Rollen til farmasøyten her blir å støtte pasienten i å skape egen kunnskap og egne holdninger angående de legemidlene pasienten bruker. Pasienten blir sett på som en ekspert på sin egen sykdom og på bruken av egne legemidler. Denne måten å tenke på undergraver allikevel ikke farmasøyten sin rolle som ekspert på legemidler, men skaper et bedre miljø for samhandling mellom pasient og farmasøyt (34).

1.7 Kommunikasjon

1.7.1 Definisjon

Pasientkommunikasjon i farmasøytisk praksis er definert som en dialog mellom farmasøyt og pasient, der målet er å få den informasjonen som er nødvendig for å vurdere statusen til pasienten, sørge for opplæring av pasienten, og støtte pasienten sine forsøk på å være adherent (35). God kommunikasjon er avgjørende ved rådgivning til pasienter. Kommunikasjon er ikke bare et budskap som sendes til en mottaker, men en samhandlingssituasjon som foregår i en kontekst, der partene kontinuerlig fortolker og responderer på hverandre (36a).

Grunnlaget for god kommunikasjon er å kunne stille spørsmål, lytte, forklare og reflektere (37). Det finnes hovedsaklig to typer spørsmål, åpne eller lukka. Lukkede spørsmål tar kortere tid å formulere, og du får en raskere avgjørelse fra mottaker. Problemet er at de kan bli for snevre, slik at pasienten ikke får uttrykt i detalj hva som er problemet. Ved å bruke åpne spørsmål får vi vite mer om bakgrunnen til pasienten, og det blir lettere å avgjøre hva pasienten trenger. Som regel brukes en kombinasjon av åpne og lukkede spørsmål (38). Med ledende spørsmål mener en lukkede spørsmål der svaret ligger implisitt i spørsmålet. Ledende

spørsmål gir mottaker liten frihet, og bør unngås. Sammensatte spørsmål innebærer å stille flere spørsmål på en gang, dette er som regel lite hensiktsmessig og bør ikke benyttes (36b).

1.7.2 Nonverbal kommunikasjon

Samsvar mellom verbale og nonverbale signaler skaper tillit. Når det ikke er samsvar tror pasienten på de nonverbale signalene. Slike signaler gir ofte stort rom for fortolkning og feiltolkning. I en samtalesituasjon er det viktig at kroppsspråket bidrar til å skape kontakt og trygghet. Ved å være henvendt mot pasienten, bruke hånd- og hodebevegelser til å stimulere samtalen og være avslappet skaper en trygghet og fortrolighet. Ansiktsuttrykk, øyekontakt og stemmebruk gir også mye informasjon om en person. Ansiktsuttrykket viser ofte direkte og usensurert hva vedkommende føler (36b).

1.7.3 Lytte

Å lytte er ikke bare å høre hva en person sier, men også å prøve å forstå følelser og opplevelser knyttet til ordene. Ved å bruke pauser aktivt, gir en rom for pasientens tanker og refleksjoner. Slike oppmuntringer innbyr pasienten til å prate videre, samtidig signaliserer det at farmasøyten er interessert i pasienten sin historie. En måte å oppmuntre pasienten til å fortelle videre er å gjenta nøkkelord eller viktige uttrykk i den siste setningen. Dette viser også at farmasøyten følger med, er interessert og kan tenke seg å høre mer om dette (36b).

1.7.4 Barrierer

Det er hovedsaklig to typer barrierer som hindrer god kommunikasjon:, fysiske og emosjonelle. Fysiske barrierer kan være dårlig hørsel eller syn, nedsatt kognitiv funksjon, eller at det er støy i omgivelsene (37). Flere av de nevnte barrierene er aktuelle for eldre pasienter, som er målgruppen i prosjektet. De kan også være et problem i forhold til administrering av legemidler. Emosjonelle barrierer er mindre tydelige, men er viktige å oppdage for å forstå situasjonen riktig. Eksempler på slike barrierer er fordommer, redsel, aggresjon og trusler. Emosjonelle barrierer kan finnes hos helsepersonell så vel som hos pasienter (37).

1.8 Kvalitativ forskning

Målet med kvalitativ forskning er å oppnå en helhetlig forståelse av fenomener. En ønsker å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik de involverte opplever det selv i deres naturlige sammenheng. En kan bruke kvalitativ forskning til å få vite mer om holdninger,

erfaringer, motiver, opplevelser, tanker og forventninger. Materialet består av tekst, som kan representere samtaler eller observasjoner. På områder der det er gjort lite forskning, og problemstillingen er sammensatt og kompleks, kan kvalitativ metode åpne for ny forskning (39a). Kvalitative metoder går i dybden på små utvalg, og det skapes en nær relasjon til informantene, i motsetning til kvantitative metoder som går i bredden, og vektlegger utbredelse og antall. I kvantitativ forskning baserer en seg på metoder som innbærer større avstand til informantene, og en får dermed ikke tak i informantens perspektiv på samme måte som i en kvalitativ studie (40a). Åpenhet og nærhet til fenomenet som studeres er viktig i kvalitativ forskning, men denne åpenheten er begrenset. Forskeren må reflektere både over egne verdier og i hvilken grad han har påvirket fenomenet som studeres. Synliggjøring av forskerens forforståelse og perspektiv blir viktig (41a).

1.9 Semistrukturerte intervju

Semistrukturerte intervju eller dybdeintervju er intervju med individuelle informanter (39b). I semistrukturerte intervjuer er temaet fastlagt på forhånd, men rekkefølgen på temaene bestemmes underveis. Intervjuguiden bør som regel revideres underveis i feltarbeidet, etter hvert som det blir klart hvor fokuset bør ligge.

Om en skal bruke lydbånd eller notere under intervjuet må vurderes i forhold til hva som skal undersøkes. Bruk av lydbånd kan gi intervjuet et formelt preg, og pasienten kan oppleve det som en hindring. Fordelen med å bruke en båndopptaker er at alle data blir bevart, men det utgjør en stor mengde data som skal analyseres. Notater gir mindre data, fordi en ikke klarer å notere ned alt og en sorterer informasjonen mens en skriver. Det beste er å bruke begge deler, da har en tid til å notere ned nonverbale budskap fra pasienten samtidig som samtalen blir tatt opp på bånd (39c).

1.9.1 Gjennomføring av intervju

Det er vanlig at intervjueren begynner intervjuet med å presentere seg og hilse på pasienten, og deretter forteller hva som er formålet med intervjuet og omtrent hvor lang tid det vil ta (30b). I tillegg til å observere hvilke nonverbale signaler pasienten sender ut må farmasøyten også være oppmerksom på hvilke signaler han/hun sender ut. Det er viktig å være klar over at en som farmasøyt er i en maktposisjon. En må også tenke på rammefaktorene rundt intervjuet, farmasøyten skal ha øyekontakt med pasienten, og avstanden mellom pasient og farmasøyt bør være omtrent 1 meter (35) Det er farmasøyten sin rolle å etablere en atmosfære der

pasienten føler seg komfortabel med å fortelle sine erfaringer, og å stille de riktige spørsmålene. Det er viktig å legge vekt på at det ikke er noen svar som er mer rette enn andre (30b).

Farmasøyten må styre retningen på intervjuet, men ikke avbryte pasienten på en uhøflig måte. Det bør på forhånd være utarbeidet en oversikt over hvilke temaer en vil diskutere. For hvert enkelt legemiddel må en spørre om hensikt med behandlingen, dose, behandlingens lengde, hvordan legemiddelet virker og eventuelle problemer pasienten opplever eller er redd for skal oppstå. For behovsmedisin må en fastslå den faktiske mengden pasienten bruker per dose og per dag. Ved bruk av behovsmedisin må en også vite ved hvilke symptomer og i hvilken kontekst pasienten bruker legemiddelet (35).

Rekkefølgen på spørsmålene er viktig, fra generelt til mer spesifikt, og fra enkelt til mer komplekst. Eventuelt kan en starte med et større åpent spørsmål for å få pasienten til å snakke i en lengre periode. Intervjuet avsluttes med et kort sammendrag av de viktigste punktene (30b).

1.9.2 Problemer ved intervjuer

Forskeren må forsøke å ikke la egne verdier prege intervjusituasjonen, for å unngå at informanten ikke påvirkes til å svare på spørsmålene ut i fra hva informanten tror forskeren vil ha av informasjon. Det er ikke til å unngå at informanten blir noe påvirket av den relasjonen som etableres til forskeren. Dermed må forskeren reflektere over hvilken betydning dette har for hvordan informanten svarer. Noen informanter vil fremstå på en positiv måte, andre vil fremheve problematiske sider for å overbevise forskeren om sin vanskelige livssituasjon (40b).

1.10 Pasientsamtalen

I en samtale mellom farmasøyt og pasient er det asymmetri, partene er ikke likverdige, basert på ulikhet i kompetanse og situasjon. Den som har størst makt har størst ansvar for hva som skapes. Selv om relasjonen er asymmetrisk skal farmasøyten åpne for at pasienten får delta i samtalen, og behandle pasienten med respekt. Farmasøyten styrer innholdet i samtalen ved å stille spørsmål, og ved å velge hvilke av pasientens opplysninger som skal følges opp med nye spørsmål eller kommentarer (36c).

En forklaring til pasienten kan være enkel eller kompleks, en kompleks forklaring tar lengre tid, men gir bedre resultater. Hvor komplisert forklaring du gir vil avhenge av alder, bakgrunn og kognitiv funksjon hos pasienten. Det er viktig å forberede en forklaring eller demonstrasjon på forhånd for ikke å forvirre pasienten. I etterkant kan en be pasienten om å gjenta viktige punkter eller demonstrere det som har blitt sagt under samtalen (38). Vi glemmer 90 % av det vi har hørt etter 60 minutter. Er pasienten aktiv i prosessen vil han/hun lære mer (35). Selv om en kompleks forklaring gir de beste resultatene, bør den heller ikke være for lang eller inneholde faguttrykk. Er forklaringen for lang vil det også kunne føre til dårligere resultater. Det er flere typer forklaringer, blant annet verbale, illustrative og praktiske demonstrasjoner. Hvis det er mulig er det best å bruke en kombinasjon av alle tre (38).

1.11 Hjemmebesøk av farmasøyt

I 2005 ble en gruppe på 51 nyutskrevne eldre hjertepasienter fra Akershus universitetssykehus fulgt opp med hjemmebesøk av sykehusfarmasøyt (42). Inklusjonskriteriene var alder 70 år eller eldre, utskrevet til eget hjem, fast bruk av fem eller flere legemidler, samt ønske om tilbudet. Sykehusfarmasøyten besøkte pasientene i hjemmet tre ganger, etter henholdsvis en, fem og 26 uker. Hvert enkelt legemiddel ble gjennomgått, og det ble gitt opplæring og informasjon om legemidlenes virkning og eventuelle bivirkninger. De fleste pasientene fulgte oppfordringen om å finne frem legemidlene under hjemmebesøket. I mange tilfeller var det pårørende som hjalp til med legemiddelhåndteringen, og de var også ofte til stede under hjemmebesøket. De som ikke brukte dosett, hadde gjerne et personlig system for å huske å ta legemidlene sine. Pasientene ønsket generelt mer informasjon om hvordan legemidlene virket, hvordan de skulle tas, og om eventuelle bivirkninger. I studien ble det også registrert avvik mellom pasientens egenrapporterte bruk og medikamentlisten fra sykehuset, og det ble avdekket 53 avvik hos 29 pasienter i det første besøket. Ved det andre og tredje besøket var det 26 avvik hos henholdsvis 15 og 14 pasienter. Studien viser at fordelene med hjemmebesøk ut i fra erfaringene er at pasienten har fått mer ro og kontroll over situasjonen, og man får muligheten til å observere hvordan pasienten oppbevarer og håndterer legemidlene sine i hjemmet.

2 Formål

Det overordnede prosjektet har som mål å vinne praktisk kunnskap om og erfaring med en integrert intervensjon for legemiddelgjennomgang, overføring av legemiddelinformasjon og opplæring for eldre pasienter som skrives ut fra St. Olavs hospital til sykehjem i Trondheim kommune i legemiddelbruk.

2.1 Formålet med masteroppgaven

- Utarbeide en mal for pasientsamtalen
- Gjennomføre pasientsamtaler i rehabiliteringsinstitusjon og i hjemmet
- Evaluere effekten av gitt legemiddelinformasjon på pasientens kunnskap om egen legemiddelbruk/behandling

2.1.1 Målet med pasientsamtalen

Målet med denne samtalen er å oppnå at pasientene bruker legemidlene sine riktig når han/hun kommer tilbake i hjemmebasert omsorg.

2.2 Problemstillinger

- Er det samsvar mellom hva pasientene sier i intervjuet og hva de svarer på spørreskjemaet?
- Hva ønsker pasienter informasjon om i en pasientsamtale?
- Er det nødvendig med oppfølging av pasienten i hjemmet? Gir et hjemmebesøk tilleggsinformasjon om legemiddelbruken til pasienten?

3 Materiale og metode

3.1 Prosjekt legemiddelgjennomgang

Masteroppgaven inngår som en del av prosjektet ”Legemiddelgjennomgang ved utskriving fra St. Olavs hospital til sykehjem i Trondheim kommune”. Prosjektet er tilrådd av regional etisk komité i Midt-Norge og registrert hos Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

3.2 Pasienter

Inklusjonskriterier

- alder over 65 år
- innlagt på St. Olav hospital
- planlagt utskrivelse til rehabiliteringsopphold i regi av Trondheim kommune

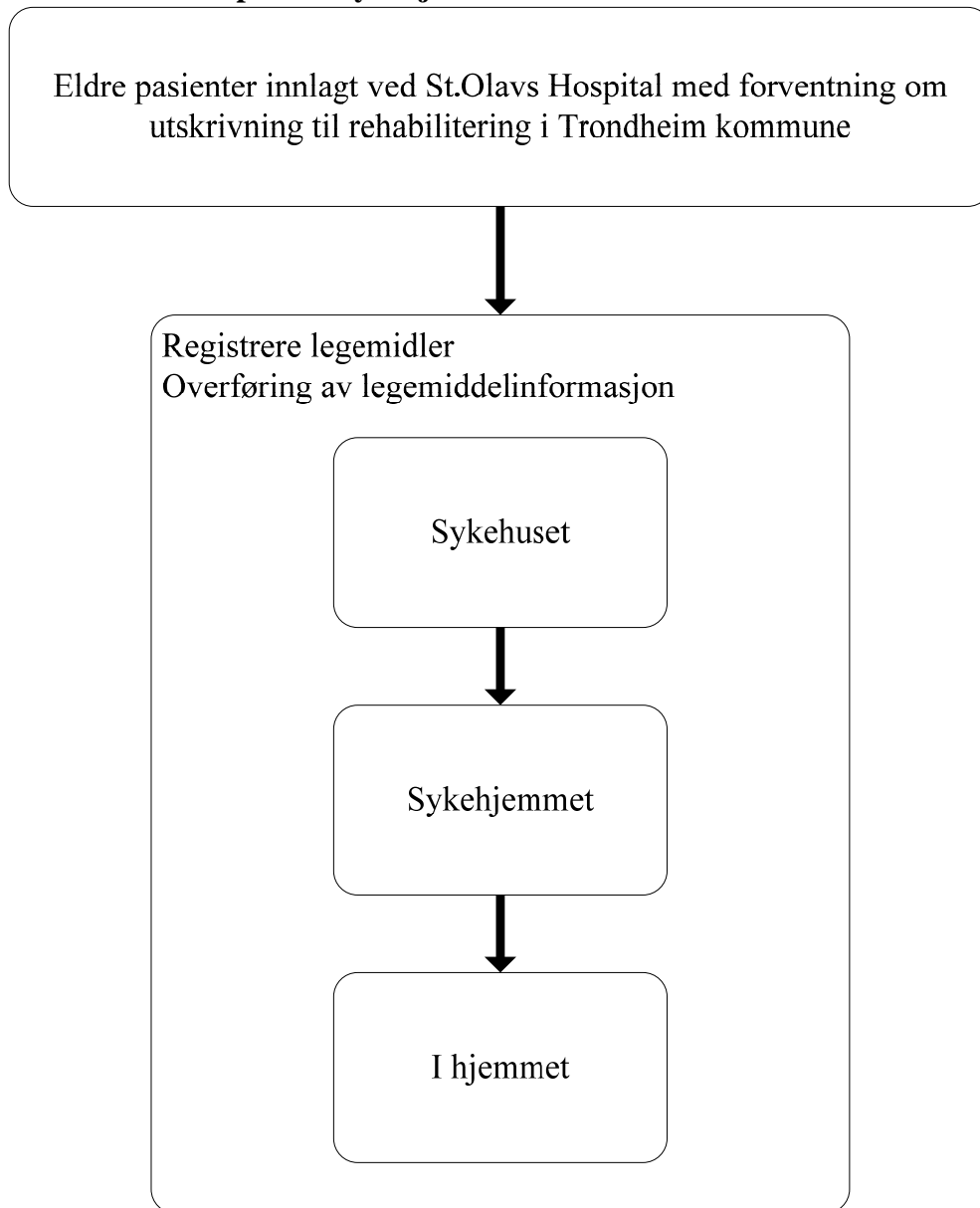
Eksklusjonskriterier

- forventet levetid < 6 måneder

3.3 Metode

Gjennomføringen av prosjektet er illustrert i flytskjemaet nedenfor.

Figur 1: Flytskjema prosjekt ”Legemiddelgjennomgang ved utskrivning fra St. Olavs hospital til sykehjem i Trondheim kommune”

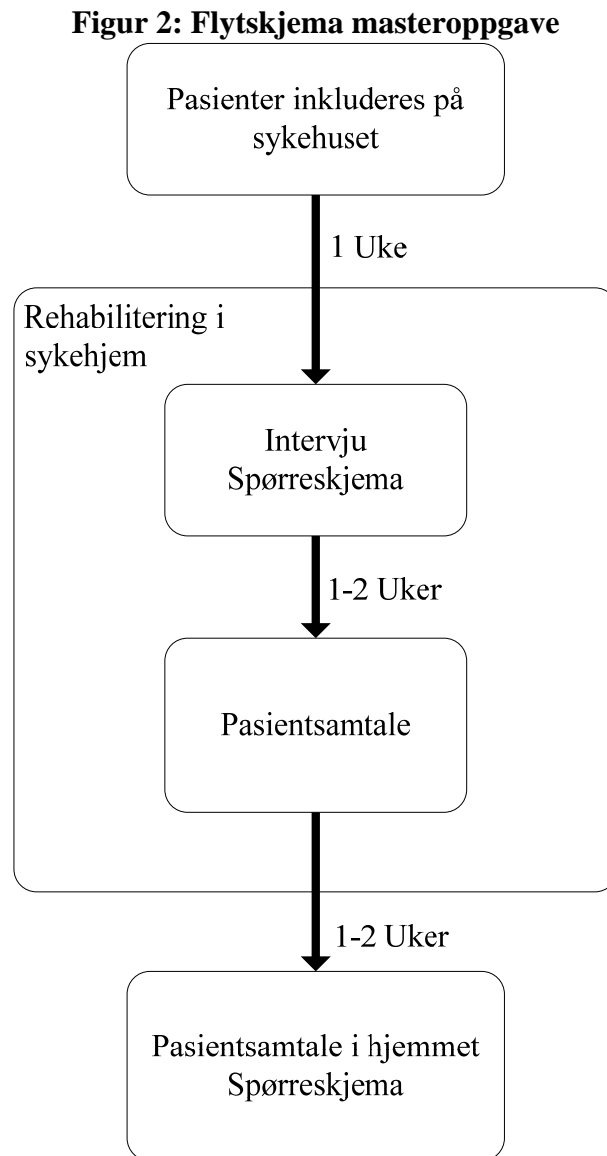


Samtykkeerklæring for hele prosjektet ble innhentet av farmasøyt på sykehuset. Farmasøyt foretok legemiddelgjennomgang mens pasienten var innlagt ved St. Olavs hospital, klassifiserte legemiddelrelaterte problemer i henhold til norsk konsensus og diskuterte disse med behandlende lege. Det ble foretatt en ny legemiddelgjennomgang av farmasøyt mens pasienten var på rehabilitering. Fokuset her var legemiddelrelaterte problemer identifisert i

første gjennomgang, samt korrekt overføring av informasjon ved skifte av omsorgsnivå. I etterkant av denne legemiddelgjennomgangen ble det gjennomført en samtale med hver enkelt pasient. Etter at pasienten var tilbake i hjemmet ble det gjennomført en tredje legemiddelgjennomgang med samme fokus som de foregående. I etterkant vil en forsøke å følge opp de inkluderte pasientene med hensyn på reinnleggelser i sykehus og/eller sykehjem, dødsfall og eventuelle andre endepunkter som kan måles i en større randomisert, kontrollert studie. Intervensjonen som helhet vil retrospektivt bli vurdert i helseøkonomisk perspektiv.

3.4 Masteroppgaven

Gjennomføring og planlagt tidsforløp for masteroppgaven er illustrert i flytskjemaet under.



Pasientene som ble inkludert ble overført til Trondheim rehabiliteringssenter, avdeling Olavsgården og Lade og til Nidarvoll sykehjem.

Det ble gjennomført kvalitative intervju om legemiddelbruk med pasientene i forkant av pasientsamtalen. I tillegg ble pasienten bedt om å svare på en kvantitativ spørreundersøkelse om legemiddelbruk både før og etter pasientsamtalen. Før dette kunne gjennomføres måtte intervjuguide, spørreskjema og mal for pasientsamtalen lages. Det ble også holdt et møte med avdelingsleder på den ene rehabiliteringsinstitusjonen i forkant, for å bli kjent med deres

rutiner rundt legemidler. De kvalitative intervjuene ble holdt etter at pasienten hadde vært i rehabiliteringsinstitusjonen i cirka en uke. I etterkant av intervjuet fikk pasienten utlevert et enkelt spørreskjema, som omhandlet kjennskap til egen legemiddelbehandling.

Spørreskjemaet ble gjennomgått muntlig av studenten, og pasientene ble bedt om å svare ved å velge ett av de fem mulige svaralternativene.

En til to uker etter intervjuet gjennomførte studenten en pasientsamtale i rehabiliteringsinstitusjonen med utgangspunkt i opplysningene gitt i intervjuet. Denne ble holdt ut i fra en generell mal, men ble tilpasset pasienten ut i fra hvilke behov som var avdekket under intervjuet. Der det var nødvendig ble det laget skriftlig materiell tilpasset hver enkelt.

En farmasøyt og studenten besøkte pasientene en til to uker etter at de var kommet tilbake til hjemmet. Avtale om tidspunkt ble gjort over telefon. Her ble det på nytt gjennomgått hvilke legemidler pasienten brukte, og pasienten fikk på nytt anledning til å stille spørsmål.

Farmasøyt tilbød seg også å gå gjennom legemiddelbeholdningen til pasienten, for å fjerne legemidler pasienten ikke lenger brukte og legemidler som var utgått på dato. Pasientene fikk utlevert det samme spørreskjemaet som tidligere. Spørreskjemaet ble også denne gangen gjennomgått muntlig av studenten.

3.5 Intervjuguide

Intervjuet ble holdt ut i fra en intervjuguide med noen veiledende spørsmål, den hadde ikke faste svaralternativer (vedlegg A). Rekkefølgen på spørsmålene var heller ikke fastlagt på forhånd. Noen av spørsmålene i intervjuguiden er inspirert av en intervjuguide brukt i doktorgradsavhandlingen ”Drug-related problems in hospitalized patients” av Kirsten K. Viktil (17).

3.6 Intervjuet

Intervjuet startet med et åpent spørsmål, der pasientene ble bedt om å fortelle om legemidlene sine. Pasientene fikk også muligheten til å komme med annen informasjon ut over de spørsmålene som var tatt med i intervjuguiden. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd med muntlig godkjenning fra intervjuobjektene. Informasjon som pasienten ønsket skulle gjennomgås i pasientsamtalen, ble notert ned.

3.7 Spørreskjema

Litteratursøk ble utført, men det ble ikke funnet et egnet spørreskjema til denne studien. Et eget skjema ble derfor utarbeidet (vedlegg B). Spørsmålene ble utarbeidet på grunnlag av inspirasjon fra utformingen av spørsmålene i et PAM13 spørreskjema, med spørsmål om hvordan du mestrer din egen helsetilstand (vedlegg C). Svarkategoriene i spørreskjemaet er lukkede utenom alternativene alder og kjønn, og ligner også på de brukt i PAM13 spørreskjemaet. Det ene spørsmålet i spørreskjemaet er tatt direkte fra PAM13 skjemaet. Noen ideer til hvilke type spørsmål en burde stille kom fra en artikkel av Rob Horne i tidsskriftet "Quality in Health Care" (43).

3.8 Mal for pasientsamtalen

I malen for pasientsamtalen ble det satt opp flere tema som kunne være aktuelle for pasientsamtalen, men tanken var ikke at alle temaene skulle gjennomgås for alle pasientene. Hensikten med malen var at den skulle fungere som en sjekkliste, for å være sikker på at hver pasient fikk den nødvendige informasjonen ut i fra sitt behov (vedlegg D).

3.9 Intervju med sykepleier

En sykepleier på en av rehabiliteringsinstitusjonene ble intervjuet om rutiner og sine erfaringer med legemidler og eldre. Den rehabiliteringsinstitusjonen der det var flest pasienter ble valgt ut, i tillegg til at det var en sykepleier som hadde jobbet i mange år og hadde erfaring med eldre og legemidler.

3.10 Validering

3.10.1 Ekspertgruppe

Intervjuguide, spørreskjema og mal for pasientsamtalen ble validert av en ekspertgruppe.

Denne gruppen besto av tre farmasøyter, Karin Willoch (Lovisenberg sykehusapotek), Kirsten Kilvik Viktil (Diakonhjemmet sykehusapotek/Inst. for farmakoterapi, UiO) og Hege Salvesen Blix (Folkehelseinstituttet/Inst. for farmakoterapi, UiO/Lovisenberg sykehusapotek) i tillegg til stipendiat Borghild Lomundal (LMS St.O/ Institutt for samfunnsmedisin, NTNU) og forsker Aslak Steinsbekk ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

Utkastene ble vurdert individuelt av hver enkelt, og på bakgrunn av innspillene ble utkastene gjennomgått og forbedret.

3.11 Analyse

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert (vedlegg E). Deretter ble alle intervjuene lest i gjennom flere ganger, for å notere ned alt som dukket opp som var interessant. Ut i fra notatene og intervjuguiden, ble det satt sammen en liste over ulike tema som materialet kunne sorteres ut i fra.

Tabell 1: Oversikt over analysetema

Nr.	ANALYSETEMAER
1	Indikasjon for legemidlene
2	Behov for informasjon
3	Kilder til legemiddelinformasjon
4	Bivirkninger
5	Håndtering
6	Adherence
7	Reseptfrie legemidler
8	Naturmidler, helsekostprodukter
9	Virkningsmekanisme
10	Når skal medisinen tas
11	Bekymringer
12	Redsel for å bli avhengig av legemidler
13	Tiltro til helsepersonell

Det ble opprettet et dokument i Excel med ett ark for hvert tema, der det ble lagt inn hva alle pasientene hadde sagt om ett tema (vedlegg F). Ett og ett intervju ble gått gjennom på nytt, og de ulike temaene ble markert ved hjelp av markeringstusj og skrevet inn i regnearket. I noen tilfeller dukket det opp nye temaer etter at man hadde begynt å sortere, da måtte de foregående intervjuene gjennomgås på nytt. I samme regneark ble det også lagt inn hva de hadde svart på spørreskjemaet før og etter pasientsamtalen. Informasjonen som ble presentert i pasientsamtalen ble sortert i en tabell i Excel etter hva pasientene ønsket mer informasjon om, hvilke legemidler det ble gitt informasjon om, hvilken type informasjon som ble gitt og hvorfor akkurat denne informasjon ble valgt ut.

For hver enkelt pasient ble det også laget en tabell i Excel med hvilke legemidler de fikk forskrevet fra fastlegen, hva de fikk på sykehuset og sykehjemmet, og deres egen beskrivelse av hva de brukte.

4 Resultat

4.1 Pasienter

Tabell 2: Oversikt pasienter, boforhold før innleggelse og håndtering av legemidler før innleggelsen

Pasient	Kjønn	Alder	Boforhold før innleggelse	Håndtering av legemidler før innleggelsen
1	K	89	Bodde alene i leilighet	Fikk legemidlene ferdig levert i dosett
2	K	92	Bodde hjemme Datteren bodde i etasjen over	Datteren hjalp til med å håndtere legemidlene Brukte ikke dosett Teipet legemidlene til rullatoren
3	M	79	Bodde alene i leilighet	La opp i dosett selv Ønsket seg hjemmesykepleie til å håndtere legemidlene
4	M	77	Bodde hjemme sammen med kona	Kona håndterte legemidlene Brukte dosett
6	K	87	Bodde hjemme sammen med mannen og datteren	Datteren hjalp til med legemidlene Brukte ikke dosett
7	K	93	Bodde hjemme Datteren og mannen bodde i samme huset	Hjemmesykepleien håndterte legemidlene
8	K	94	Bodde hjemme	Håndterte legemidlene selv Brukte dosett
11	K	82	Bodde alene i leilighet	Hjemmesykepleien håndterte legemidlene
12	K	82	Bodde hjemme	Håndterte legemidlene selv Brukte ikke dosett
13	K	80	Bodde hjemme	Håndterte legemidlene selv Brukte ikke dosett
14	M	78	Bodde hjemme sammen med kona	Håndterte legemidlene selv Brukte ikke dosett

11 pasienter ble inkludert i studien, av de var det åtte kvinner og tre menn. Pasientene ble inkludert fra infeksjonsposten, lunge-, ortopedisk- og hjertemedisinsk avdeling.

Gjennomsnittlig alder var 85 år (range 77-94). Ved innleggelse var det to pasienter som fikk hjelp fra hjemmesykepleien til å håndtere legemidlene, og en pasient som fikk legemidlene

ferdig levert i dosett. Tre av pasientene fikk hjelp fra pårørende. Av de pasientene som håndterte legemidlene selv eller fikk hjelp fra pårørende var det bare tre som brukte dosett. Det gikk i gjennomsnitt 18 døgn (range 5-53) døgn fra pasienten ble innskrevet på rehabiliteringsinstitusjon til intervjuet ble gjennomført. Median ble 14 døgn. Det var spesielt en pasient som dro opp gjennomsnittet, for denne var intervallet mellom innskrivning på rehabiliteringsinstitusjon og intervjuet 53 døgn.

Det ble gjennomført åtte pasientsamtaler totalt. For seks av pasientene ble pasientsamtalen gjennomført, mens de enda var på rehabilitering. Det gikk i gjennomsnitt 25 dager (range 20-34) mellom intervjuet og pasientsamtalen for de pasientene som fortsatt var på rehabilitering da samtalen ble gjennomført. I to tilfeller ble samtalen gjennomført når pasientene kom tilbake til hjemmet, da gikk det 51 og 138 døgn mellom intervjuet og pasientsamtalen. En pasient ønsket ikke å delta i studien lenger, og trakk seg fra studien etter intervjuet.

Det var seks av pasientene som fikk hjemmebesøk av farmasøyt i studieperioden. Det gikk i gjennomsnitt 50 døgn (range 10-127) fra pasientene ble utskrevet fra rehabiliteringsinstitusjon til hjemmebesøket. For en pasient tok det 127 døgn før hjemmebesøket ble gjennomført på grunn av at telefonnummeret som ble oppgitt var feil.

Pasientene brukte i gjennomsnitt 8 legemidler (range 3-10) når de var innlagt på rehabiliteringsinstitusjon (vedlegg G: totaloversikt legemiddelbruk ved innleggelse/sykehus/rehabilitering).

4.2 Rammefaktorer og tidsbruk

4.2.1 Intervju rehabiliteringsinstitusjon

Intervjuet tok i gjennomsnitt 19 (range 7-50) minutter. Intervjuene ble utført i perioden 11.12.2007 til 14.04.2008. Tre av pasientene ønsket ikke at samtalen skulle tas opp på lydbånd.

Tabell 3: Tidsbruk og rammefaktorer intervju rehabiliteringsinstitusjon

Pasient nr.	Tidsbruk (min)	Rammefaktorer som kan ha påvirket intervjuet?
1	8,5	Pasienten satt i en stol på rommet
2	20*	Pasienten lå i sengen på rommet Ble avbrutt av sykepleier Både farmasøyt og student tilstede
3	14,5	Pasienten lå i sengen på rommet
4	7,5	Pasienten lå i sengen på rommet
6	15	Pasienten satt i en stol på rommet Ble avbrutt av sykepleier
7	7	Pasienten satt i en stol på rommet
8	10,5	Pasienten satt i en stol på rommet
11	50*	Hjemme hos pasienten Reiste hjem før hun ble intervjuet
12	20	Pasienten satt i en stol på rommet
13	20*	Pasienten satt i sengen på rommet
14	35	Pasienten satt i en stol på rommet

*samtalen er ikke tatt opp på lydbånd.

4.2.2 Pasientsamtale i rehabiliteringsinstitusjon og i hjemmet

For de pasientene som fikk pasientsamtalen, mens de enda var på rehabiliteringsinstitusjon var tidsforbruket i gjennomsnitt 20 minutter. Tiden det tok å utlevere skriftlig informasjon til pasienten som ikke hadde tid til å gjennomføre pasientsamtalen er ikke tatt med i beregningen. Tidsbruk oppgitt for pasientene som fikk pasientsamtalen gjennomført i hjemmet er total tid brukt på hele hjemmebesøket. Fire av pasientene fikk skriftlig informasjon i tillegg. Skriftlig informasjon ble utarbeidet og utlevert under pasientsamtalen eller hjemmebesøket (vedlegg H-K). Pasientsamtalene ble gjennomført i perioden 09.01.2008 til 29.04.2008.

Tabell 4: Tidsbruk og rammefaktorer pasientsamtale i rehabiliteringsinstitusjon og hjemmet

Pasient nr.	H	R	Tidsbruk (min)	Rammefaktorer som kan ha påvirket samtalen?
1		X	20	I gangen i et hjørne
2	X		30	I hjemmet
3		X	20	Satt i salongen Flere pasienter rundt
4	X		60	I hjemmet Kona til stede
6		X	20	I gangen rett innenfor døren
7		X	20	I gangen i et hjørne
8			Ønsket ikke delta lenger	
13		X	20	Satt i salongen Flere pasienter rundt
14		X	5	Pasienten skulle reise hjem samme dag, hadde ikke tid til å gå gjennom skriftlig informasjon

H= I hjemmet

R= Rehabiliteringsinstitusjon

4.2.3 Hjemmebesøk

Hjemmebesøket tok i gjennomsnitt 54 (range 30-90) minutter. Intervju, pasientsamtale og hjemmebesøk tok gjennomsnittlig 93 minutter totalt. Hjemmebesøkene ble gjennomført i perioden 31.01.2008 til 28.04.2008.

Tabell 5: Tidsbruk og rammefaktorer hjemmebesøk

Pasient nr.	Tidsbruk (min)	Rammefaktorer som kan ha påvirket samtalen?
1	30	Pasienten virket ”fraværende” Leste ukeblad under besøket
2	30	Pasienten hadde smerter
3	90	Hjemmesykepleien kom under besøket
4	60	Kona var til stede Fant frem sine egne legemidler i tillegg Serverte kaffe og kaker
6	60	Mannen kom og gikk under besøket
7	60	Datteren dominerte besøket

4.3 Spørreskjema

Ti av 11 pasienter fikk utlevert spørreskjema før samtalen. En pasient fylte ut spørreskjemaet selv. Studenten gikk gjennom spørreskjemaet muntlig for resten av pasientene, og fylte det ut. Det var en pasient som ikke fullførte hele spørreskjemaet. De pasientene som ble fulgt opp med hjemmebesøk fikk utlevert spørreskjemaet på nytt (pasient 1-7). Pasient nummer fire fikk ikke spørreskjemaet utlevert på grunn av at studenten hadde glemt det, men det ble gjennomgått muntlig etter hukommelsen av studenten. I tabellen under er svar avgitt før og etter pasientsamtalen sammenlignet. For pasient 1-7 er svarene avgitt før samtalen angitt i venstre kolonne, og svarene avgitt etter samtalen angitt i høyre kolonne. For pasient 8-14 er bare svarene avgitt før samtalen angitt i tabellen under.

Tabell 6: Svar på spørreskjemaet før og etter pasientsamtalen

SPØRSMÅL	SVAR PÅ SPØRRESKJEMA FØR OG ETTER PASIENTSAMTALEN														
	1	1	3	3	4	4	6	6	7	7	8	11	12	13	14
1. Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	DE	DE	DE	DE	DE	HE	HE	HE	V	HU	HE	HU	HE	DE	HE
2. Jeg vet hvordan de forskjellige medisinene jeg har fått forskrevet virker	V	V	V	DE	V	HE	HE	HE	HE	V	V	HU	HE	HE	DE
3. Jeg vet hvilke sykdommer jeg får medisiner mot	HE	HE	DE	HE	DE	HE	HE	HE	HE	DE	HE	DE	HE	HE	HE
4. Jeg vet hvordan jeg skal bruke/ta/administrere medisinene mine	HE	HE	DU	DE	HE	†	HE	HE	V	HE	HE	HU	HE	HE	HE
5. Jeg vet når jeg skal ta medisinen min	HE	HE	DU	DE	HE	HE	DE	HE	DE	HE	HE	HE	HE	HE	HE
6. Jeg vet hva som er de vanligste bivirkningene	DE	V	DU	DU	V	V	V	V	HE	V	**	V	HE	DE	HE
7. Jeg vet hva jeg skal gjøre om det oppstår en bivirkning	HE	V	V	DU	V	V	DE	V	HE	HE	**	V	HE	V	DU
8. Jeg vet hva jeg skal gjøre om jeg glemmer å ta en dose	HE	DE	DE	DU	V	HE	HE	HE	HE	**	**	**	HE	HE	V
9. Jeg bruker å ta medisinene mine akkurat slik legen har forskrevet	HE	DE	DE	HE	HE	‡	HE	HE	HE	HE	**	DE	HE	HE	HE
10. Jeg husker alltid å ta medisinen min	HE	DE	V	DU	HE	HE	DE	DE	HE	DE	**	HE	HE	DE	HE
11. Jeg vet hvordan medisinen min bør oppbevares	HE	**	HE	DE	HE	HE	DE	DE	HE	**	**	V	HE	HE	HE
12. Hvis du tar reseptfrie medisiner: Jeg vet at de trygt kan brukes sammen med mine andre medisiner	BI	BI	V	DU	V	V	HE	V	BI	V	**	BI	HE	BI	HE
13. Hvis du tar naturmidler/helsekostprodukter: Jeg vet at de trygt kan brukes sammen med mine andre medisiner	BI	BI	V	DU	BI	BI	BI	BI	BI	BI	**	BI	HE	BI	BI
14. Jeg vet hvem jeg kan kontakte om det er noe jeg er usikker på angående medisinene mine	HE	V	DE	HE	HE	HE	HE	HE	HE	V	**	HE	HE	HE	HE
15. Jeg ønsker mer informasjon om de medisinene jeg bruker	HU	HU	DE	DE	HU	HU	HU	*	**	HU	**	DE	HU	*	HE

*Ønsker mer informasjon ved nye legemidler

† Skjønte ikke spørsmålet

‡ Studenten glemte å stille spørsmålet da spørreskjemaet ble gjennomgått etter hukommelsen

**Pasienten fullførte ikke spørreskjemaet, eller hadde problemer med å plassere svaret i rett svarkategori.

Helt uenig = HU, Delvis uenig = DU, Delvis enig = DE, Helt enig = HE, Vet ikke = V, Bruker ikke = BI

Svaralternativer merket med rødt = forverring

Svaralternativer merket med blått = bedring

Svaralternativer merket med svart = uendret

Det var fem pasienter (1,3,4,6,7 i tabell 6) totalt som fikk utlevert spørreskjema både før og etter pasientsamtalen. Der pasientene har endret svaret sitt fra ”vet ikke” til ”helt uenig”, eller fra ”bruker ikke” til ”vet ikke” regnes det som ingen endring.

På 12 av spørsmålene i spørreskjemaet ble det sett en bedring i kunnskapen hos en, to eller tre av pasientene. Det var tre pasienter som svarte at de hadde bedre oversikt over når medisinen skulle tas. Det var to pasienter som hadde bedre oversikt over hvordan de forskjellige medisinerne virket, hvilke sykdommer de fikk medisiner mot og hvordan de skulle administrere medisinen.

På 10 av spørsmålene i spørreskjemaet ble det sett en forverring i kunnskapen hos en eller to av pasientene. Det var to pasienter som var mindre enige i påstandene over hva de vanligste bivirkningene var, hva de skulle gjøre om det oppsto en bivirkning eller glemte å ta en dose, at de alltid husket å ta medisinen sin og hvem de kunne kontakte om det var noe de var usikker på.

På spørsmålet om de ønsket mer informasjon om legemidlene de brukte var det ingen endring, utenom hos en pasient som ønsket mer informasjon hvis det ble lagt til nye legemidler.

4.4 Intervju sammenlignet med spørreskjema

De ulike temaene som intervjuene ble sortert etter ble sammenlignet med svar avgitt på spørreskjemaet før pasientsamtalen, der spørsmålene overlappet. Ni av spørsmålene i spørreskjemaet ble sammenlignet med hva pasienten sa i intervjuet. Det var ikke samsvar mellom spørreskjemaet og intervjuet for en eller flere pasienter for seks av spørsmålene. Disse var om pasienten hadde oversikt over hvilke legemidler han/hun brukte, indikasjon for bruk, virkningsmekanisme, reseptfrie legemidler, bivirkninger og behov for informasjon. Det var samsvar mellom spørreskjemaet og intervjuet for spørsmålene om naturmidler/helsekostprodukter, når medisinen skulle tas og adherence.

4.4.1 Pasienten sin egen beskrivelse av hva han eller hun bruker av legemidler

Av de 11 inkluderte pasientene i prosjektet var det tre pasienter som husket og kunne det riktige navnet på alle legemidlene de brukte fast. Av de åtte andre pasientene var det to som kunne navnet på Albyl E[®], en som kunne navnet på Nobligan[®] og en som kunne navnet på

Marevan[®]. Utenom dette ga de bare beskrivelser som gikk på utseende av tablettene, hvordan de ble administrert og hva som var indikasjonen for bruk. Alle de åtte pasientene ga en mangelfull beskrivelse av hvilke legemidler de brukte, og det var ingen som husket alle legemidlene de brukte. Mange av beskrivelsene var så uklare at det ikke var mulig å telle nøyaktig antall legemidler pasientene hadde oversikt over. Eksempler på slike beskrivelser var:

”Ja det er nå for hjertevirksomheten da”

”Jeg har jo hatt hjerteinfarkt og jeg har jo pacemaker”

”Jeg synes han sa P24 eller noe sånt”

Det var to pasienter som for noen av tablettene de brukte bare kunne beskrive utseendet på tablettene eller antall tabletter, og ikke visste verken indikasjonen for det aktuelle legemiddelet eller navnet.

P: ”..tar noen sånne små hvite..før var det..hadde de faktisk bare en..men nå er det..sånn små fem stykker da som utgjør det samme..men husker ikke hva de heter.”

F: ” Hva er det du får de for da? Mot?”

P: ”Ja det kan du spør om..jeg tar de uansett jeg”

Under spørsmålet ”Jeg har oversikt over hvilke legemidler jeg bruker” var det åtte pasienter som var helt eller delvis enig i dette. Det var en pasient som var helt uenig, og en som svarte ”vet ikke”. En pasient fikk ikke utlevert spørreskjemaet. Her var det ikke samsvar mellom spørreskjemaet og intervjuet for en pasient.

4.4.2 Indikasjon for legemidler

Alle pasientene kunne indikasjonen for ett eller flere av legemidlene de brukte. Det var slik de fleste beskrev hvilke legemidler de brukte. Hvor detaljert kunnskap de hadde om indikasjon for bruk varierte.

”Jeg får også en sånn som..som den yngste datteren..den eldste vet ikke noe om det..men den yngste har hørt at en far til en dyrlege på Ytterøya (latter)..han var så nedfor etter at han ble alene og sånn da..og han hadde fått en medisin som han ble så oppkvikket av..det går jeg på nå..men hva det er det vet jeg ikke..”

"Og det tør jeg ikke si til den andre datteren for hun er i mot sånt noe"

Historien ovenfor ble fortalt både til farmasøyt på sykehuset og til studenten på rehabiliteringsinstitusjonen. Ut i fra denne historien fant en ut at pasienten skulle ha en relativt høy dose Cipralex[®], noe som ikke hadde blitt oppdaget hvis ikke noen hadde tatt seg tid til å snakke med pasienten.

"Så noe var vel for polymyalgien..noe kom med hjerteoperasjonen..og nå kommer det noe for det her da..tror jeg da..og det påstår..altså..jeg vet ikke..jeg synes han sa P24 eller noe sånt.."

"Ja allergimedisin har jeg hatt i mange år..for det er mot forskjellige blomster og..så den må jeg nesten ha.."

"Ja det vet jeg jo..så pranololen får jeg egentlig mot skjelving, men det hjelper ikke på skjelvingen, men det hjelper på hjertet.." "Og det er jo fordi det er en B-blokker."

Noen legemidler ble beskrevet ut i fra hvordan de ble administrert i tillegg til indikasjonen for bruk.

"Jo, jeg drypper øynene ja..jeg drypper både for grå og grønn stær."

"Og da drev de jo og stakk meg i maven i ett kjørt da..for at..sånn mot blodpropp.."

Legemidler som ikke var tabletter måtte ofte spørres spesifikt etter. Det var sju av pasientene som måtte spørres direkte om bruk av øyedråper eller om de fikk noe å drikke for maven. For en pasient som brukte flere inhalasjonslegemidler mot KOLS var imidlertid situasjonen omvendt. Pasienten måtte spørres direkte om hun brukte noen tabletter i tillegg.

F: "Tar du noen tabletter?"

P: Ja..ja nå skal vi se jeg glemte Fosamax..den tas jo..jeg tar den ikke en gang i uken..men jeg tar en gang per dag jeg"

Under spørsmålet "Jeg vet hvilke sykdommer jeg får medisiner mot" på spørreskjemaet var det sju av 10 pasienter som var helt enig i denne påstanden, og tre av 10 som var delvis enig.

I noen tilfeller var det ikke samsvar mellom det som ble sagt under intervjuet og svarene gitt på spørreskjemaet. Ett eksempel på dette er at en pasient sa under intervjuet at hun ikke visste hva hun fikk legemidler for.

"..ja jeg vet igrunn ikke hva jeg får medisin for.."

Pasienten svarte likevel at hun var helt enig i at hun visste hvilke sykdommer hun fikk legemidler mot på spørreskjemaet.

4.4.3 Adherence

Ni av pasientene ble spurt om adherence. Av disse var det fire som sa at det ikke var noe problem å huske å ta legemidlene. De hadde enten egne rutiner eller brukte dosett for å huske å ta legemidlene til riktig tid.

F: "Så synes du det er greit å huske på å ta de?"

P: "Ja det..jeg tar de hver morgen jeg..ja også er jeg på..Isoptin[®] og Thalidomid[®] tar jeg da om kvelden"

P: "Ta det sammen med tannpussen om kvelden..det er ikke noe problem det"

P: "Ja jeg tar de fleste om morgenen..også tar jeg de to om kvelden..ja hvis man ikke hadde faste rutiner ville man vært forlagt.."

Det var fire pasienter som sa at det kunne være litt vanskelig å huske å ta legemidlene innimellom. Det var totalt fire pasienter i studien som fikk legemidler mot benskjørhet. Tre av de fire pasientene syntes at legemiddelet mot benskjørhet som bare skal tas en gang i uken var vanskelig å huske på. En av pasientene hadde byttet til Fosamax[®] som tas daglig i stedet for ukentlig, og syntes det var en mye bedre løsning.

"De vil ha den der ukentlige saken..og jeg gjorde det en stund, men det ble jo det samme som at det aldri ble tatt..den der ene dagen den ble glemt bort.."

"Men sånn hver dag det er så greit..da begynner dagen der.."

"Mye greiere å huske..siden det så har jeg aldri glemt det"

En av pasientene sa også at problemet var som regel ikke å huske på det, men om mulighetene til å ta medisinen akkurat da var tilstede.

En pasient fikk ikke utlevert spørreskjema, og en av de ni pasientene fullførte ikke spørreskjemaet, og fikk dermed ikke svart på spørsmålet om ”jeg husker alltid å ta medisinen min”. Av de sju resterende var det fire pasienter som var helt enig i påstanden over, og tre pasienter som var delvis enig eller svarte vet ikke. På dette spørsmålet ser det ut til å være samsvar mellom hva pasientene svarte i spørreskjemaet og hva de sa i intervjuet.

4.4.4 Når skal medisinen tas

Det var to av pasientene som under intervjuet ga uttrykk for at de var usikre på når medisinen skulle tas. En pasient var også veldig usikker på om legemidlene skulle tas med eller uten mat.

"Jeg har antakelig gjort det galt..med en av de her medisinerne..fordi jeg har..jeg tar dem i en dosett..men jeg har ikke sett nøye på hvilken tid av dagen jeg tar dem på..og tror på St. Olav..hadde den eine tabletten på kvelden..men her får jeg den morgenen.."

Av de ti pasientene som fikk utdelt spørreskjema var sju helt enig i påstanden ”jeg vet når jeg skal ta medisinen min”. Bare tre pasienter var delvis enig eller delvis uenig. Dette ser ut til å samsvare med informasjonen gitt i intervjuet.

4.4.5 Virkningsmekanisme

Under intervjuet var det bare en av pasientene som kunne svare på hvordan legemiddelet virket.

"Ja det vet jeg jo..så pranololen får jeg egentlig mot skjelving, men det hjelper ikke på skjelvingen, men det hjelper på hjertet.." "Og det er jo fordi det er en B-blokker."

Den ene pasienten var tidligere sykepleier og hadde en litt mer inngående kunnskap om legemidlene enn mange av de andre pasientene. I tillegg var både mannen og sønnen leger.

Det var ikke så mange av pasientene som fikk dette spørsmålet på grunn av at de manglet kunnskap om enklere spørsmål, og dermed ble det ikke ansett som riktig å spørre pasienten om vanskeligere spørsmål.

I spørreskjemaet svarte fem av 10 enten vet ikke eller at de var helt uenig på spørsmålet om ”jeg vet hvordan de forskjellige medisinene jeg har fått forskrevet virker”. De fem resterende pasientene var helt eller delvis enig i påstanden over, selv om det var bare en av de som kunne svare på spørsmålet over i intervjuet.

4.4.6 Reseptfrie legemidler

Alle pasientene ble spurt om bruk av reseptfrie legemidlet i intervjuet. Pasientene ble spurt om smertestillende, midler mot maven, og noen ble også spurt om syrenøytraliserende. Det var seks pasienter som brukte Paracet® av og til, fire av pasientene måtte spørres direkte om dette.

F: "Du bruker ikke å kjøpe noe uten resept?"

P: "Nei..nei"

F: "Ikke Paracet eller smertestillende?"

P: "Det kan jeg jo snart gå å gjøre da kanskje.."

Det var tre pasienter som tilsynelatende ikke brukte noen reseptfrie legemidler utenom det de fikk forskrevet av legen.

Åtte pasienter brukte ett reseptfritt legemiddel utenom det de fikk forskrevet fra legen. I spørreskjemaet var det fire som svarte at de ikke brukte reseptfrie legemidler mot bare tre i intervjuet. Det var bare tre pasienter som svarte ”helt enig” på spørsmålet om ”hvis du tar reseptfrie medisiner: Jeg vet at de trygt kan brukes sammen med mine andre medisiner”.

4.4.7 Naturmidler/helsekostprodukter

Samtlige pasienter ble spurt om bruk av naturmidler og helsekostprodukter. Flere av pasientene svare at det ikke var helt deres måte å være på, og at de brukte minst mulig. En pasient svarte også at han foretrakk å holde seg til den gamle medisinen, mens en annen som fikk hamburgerte mot forstoppelse på sykehuset beskrev det som heksemidler.

P: "Nei..altså det er ikke helt meg"

"Nei altså jeg holder meg til den gamle medisinen"

F: "Ikke noe helsekostprodukter eller vitaminer eller?"

P: "Minst mulig.."

Unntaket var to pasienter som hadde hatt gode erfaringer med naturlegemiddelet Venastat[®] og naturmiddelet tranebær. Pasienten som brukte Venastat[®] sa først at hun aldri hadde brukt naturmidler. Men i det hun fortalte om det, fortalte hun også at hun hadde prøvd et kjerringråd mot "restless legs" og kramper som hadde virket. Hun nevnte også flere ganger at hun ikke hadde trodd at hun skulle forlate skolemedisinen.

"Nei det har jeg aldri gjort (latter), men jo da jeg krøp til korset skjønner du..jeg har et naturmiddel.."

"Men det er noe fordi jeg tror ikke skolemedisinen noen sinne har kommet til bunns i det problemet..her (viser frem pakken med Venastat[®])..er mot restless legs og kramper"

"Så der har jeg virkelig gått til litt innkjøp"

"Ja hestekastanje må vite..bra saker (latter)..ganske artig, men at jeg skulle noen gang forlate..du ikke bare det..jeg skal virkelig innrømme hva jeg gjorde..og det virka det og.."

"Man skal legge stålskjeer og stålgafler under madrassen..der omtrent som beina ligger..leggene ligger"

"Og jeg var under der med tre skjeer og tre gafler og tenkte..ja kan jeg få virkning av det her..trodde ingenting på det..også tok jeg ikke noe av det der (peker på boksen med Venastat[®]) og det virka"

Det var to pasienter som fortalte at de brukte ulike vitaminer og trunkapsler, men de regnet ikke det som helsekostprodukter.

F: "Hva med helsekostprodukter eller naturmidler?"

P: "Jeg er ikke sånn..eller ja det vil si omega 3 tar jeg og da tar jeg også kalk..ja det gjør jeg kalk med D-vitamin og multimineraler"

F: "Og det kjøper du på?"

P: "Kjøper jeg på apoteket..ja..men det regner jeg ikke som medisin..det regner jeg som"

kost..mangel i kostholdet mitt (latter)”

”Og C-vitaminer..ja det må jeg ta..”

I spørreskjemaet var det 7 pasienter som svarte at de ikke brukte naturmidler/helsekostprodukter. Det var en pasient som ikke svarte og en som svarte vet ikke på spørsmålet: ”Hvis du tar naturmidler/helsekostprodukter: Jeg vet at de trygt kan brukes sammen med mine andre medisiner”. Pasienten som brukte et naturlegemiddel var helt enig i påstanden over og sa at hun hadde konferert med lege før hun tok det i bruk. Pasienten som brukte tranebær hadde fått det anbefalt av legen. Her ser det ut til at det er samsvar mellom hva de svarte i spørreskjemaet og hva de sa i intervjuet.

4.4.8 Bivirkninger

Det var ingen av pasientene som kunne fortelle noe om bivirkningene til de medisinene de brukte nå. En pasient fortalte om bivirkninger av Marevan[®] som hun hadde brukt tidligere.

F: ”Vet du hva som er vanlige bivirkningene på de medisinene du bruker?”

P: ”Ja det er det at..det er jo to ganger jeg har havnet på sykehuset på grunn av det da for at det jeg..Marevan[®] for eksempel så ble det blødninger..så jeg hadde jo falt på soveværelset og slått meg i hodet..og da hadde jeg trykket på den der knappen..heldigvis da..så hadde jeg den på meg og at jeg var såpass bevisst..for det husker jeg ikke at jeg hadde gjort altså..så kom jeg på sykehuset og da måtte jeg barbere..de barberte av meg håret på siden her..og opererte inne i hodet for å ta ut noe blod..det er vel det Marevan[®] greiene da..så det er et år siden”

En av pasientene nevnte flere ganger under intervjuet at han ikke brukte å lese pakningsvedlegget, og dermed kunne han heller ikke noe om bivirkninger. Det var flere pasienter som nevnte at de hadde lest om bivirkninger, men klarte ikke komme på det i farten.

F: ”..vet du hva som er vanlige bivirkninger av de medisinene du bruker?”

P: ”Jeg har jo ikke lest vet du”

”Men nå skal jeg begynne å lese”

”Nja..jeg har jo lest om dem da..men jeg kan ikke si det nå på..”

Selv om det var bare en pasient som kunne svare når det ble spurt om bivirkninger kom det tydelig frem i andre deler av samtalen at de kunne noe om bivirkninger, de relaterte det bare ikke alltid til begrepet bivirkning. I sitatet under kommer det frem at pasienten har hørt om bivirkningene til Paralgin Forte[®], men hun tenkte ikke over at det er en bivirkning når hun ble spurt om vanlige bivirkninger.

F: "Fikk du noe mot forstoppelse da når du brukte Paralgin Forte[®] eller var du ikke plaget?"

P: "Nei jeg var i grunnen ikke sånn som folk forteller at de blir"

I spørreskjemaet ble de spurt om de visste hva som var de vanlige bivirkningene av legemidlene de brukte. Det var seks pasienter som var helt eller delvis enig i denne påstanden, mot bare tre pasienter som svarte "vet ikke". På dette spørsmålet var det dårligere samsvar mellom hva pasientene sa i intervjuet og hva de svarte på spørreskjemaet. Et eksempel på dette var en pasient som var helt enig i at hun visste hva som var de vanligste bivirkningene når hun svarte på spørreskjemaet, mens under intervjuet sa hun at hun ikke visste det.

F: "Vet du hva som er de vanligste bivirkningene til de medisinene du tar?"

P: "Nei"

4.4.9 Behov for informasjon

Alle pasientene ble spurt om de ønsket mer informasjon om legemidlene sine i intervjuet, seks av 11 pasienter hadde ønske om det. Det var imidlertid to av de fem pasientene som i utgangspunktet ikke ønsket mer informasjon, som kunne tenke seg mer informasjon hvis de fikk noen nye legemidler. Av de seks pasientene som ønsket mer informasjon var det en pasient som i utgangspunktet ikke var så interessert i mer informasjon. Hun ombestemte seg og ble veldig interessert under intervjuet, når hun fikk noe informasjon om hvordan legemidlene skulle tas som hun ikke hadde fått vite om før.

F: "Men føler du at du kunne trengt litt mer informasjon om medisinene du bruker?"

P: "Det kunne jeg vel ha trengt ja..det syns jeg nok"

F: "Føler du at du trenger mer informasjon om medisinen du bruker?"

P: "Ja kan du gi noe da?"

Det var flere årsaker til at fem av pasientene ikke kunne tenke seg mer informasjon, noen mente at de allerede hadde god nok oversikt over hvilke legemidler de brukte og at det fungerte bra. En pasient mente at det ikke var noe poeng i å gi henne mer informasjon, siden hun likevel bare kom til å glemme det igjen. Mens en annen pasient igjen uttrykte at han ikke var spesielt interessert i informasjon om legemidler, men bare tok legemidlene slik som han fikk de.

F: "Er det noe du lurere på angående medisinene?"

P: "Nei i grunnen så føler jeg at det er vel ikke noe annet som kan hjelpe noe bedre enn det jeg får."

F: "Er det noe du synes du trenger mer informasjon om når det gjelder medisiner?"

P: "Nei det trenger jeg jo ikke..jeg synes det har gått bra"

F: "Føler du at du trenger mer informasjon om medisinene dine? Er det noe du lurere på?"

P: "Tror ikke det" "Jeg tar det som jeg får"

I spørreskjemaet var det bare tre pasienter som var helt eller delvis enig i at de trengte mer informasjon. Fire av pasientene var helt uenig og to av pasientene svarte ikke på spørsmålet. I tillegg var det en pasient som sa hun ønsket mer informasjon om hun fikk noen nye legemidler. Dette svaret ble ikke satt inn i ett av de definerte svaralternativene, hun synes det ble for vanskelig. Der det er mulig å sammenligne svarene i spørreskjemaet med hva pasientene sa i intervjuet er det samsvar for seks av sju pasienter. En pasient sa under intervjuet at hun ikke visste hvorfor hun fikk legemidler og at hun ønsket mer informasjon om det, men på spørreskjemaet var hun helt uenig i at hun trengte mer informasjon.

"ja jeg vet i grunn ikke hva jeg får medisin for"

"det skulle jeg gjerne ha visst for det vet jeg ikke"

4.4.10 Bekymringer

Det var flere forskjellige typer bekymringer som dukket opp under intervjuene. Både i forkant og under ett av intervjuene var det en pasient som var svært opptatt av hvilken type sovetabletter han hadde fått kvelden før. Han var sikker på at det var den samme typen som

svigermoren hans hadde fått for noen år tilbake, og hun hadde blitt veldig dårlig av det legemiddelet.

"Som sagt..mange år tilbake..svigermor..hun vart dårlig av det rett og slett"

"Ja. Og det tror jeg..fikk en kveld her også"

"Som sagt..hun vart helt tullete"

"Urolig og helt forferdelig"

Siden dette var viktig for pasienten å få klarhet i, gikk en farmasøyt for å undersøke hva slags sovemedisin som ble gitt til pasienten kvelden før, samtidig som intervjuet fortsatte. Likevel gjentok pasienten det flere ganger under intervjuet, og irriterte seg over at han ikke kom på navnet. Til slutt kom han frem til at han trodde det hette Halcion[®]. Dette var et ukjent preparat for studenten, siden Halcion[®] ble trukket fra markedet i 1991 på grunn av bivirkninger (44). Farmasøyten hadde hørt om Halcion[®] og kunne berolige pasienten når hun kom tilbake med at det ikke var det han hadde fått.

En av pasientene ble intervjuet først når hun kom tilbake til hjemmet. Intervjuet med henne ble preget av at hjemmesykepleien hadde gitt henne både dobbel kvelds- og nattdose kvelden før. Hun hadde både sovet dårlig og hallusinert at noen hadde ringt på døren midt på natten. Hun fortalte at hun hadde fått så mange tabletter kvelden før, dobbelt så mange som hun vanligvis fikk. Jeg spurte om hun tok alle tablettene dagen før siden hun så at det var så mange flere tabletter enn vanlig. Da sa hun bare " Jeg måtte jo det".

Under andre intervju var det andre tema enn legemiddelbehandling som ble fremtredende. De intervjuene som ble holdt rett før jul var preget av at pasientene var opptatt av om de ble frisk nok til å reise hjem til jul.

"..men jeg må si..jeg lure på liksom ikke tenkt på jul i hele tatt i år jeg.."

"Jeg begynner jo aldri for tidlig da..jeg har det alltid travelt før slutten..men i år så har jeg helt vært borte fra.."

"så jeg håper nå å komme hjem igjen..det vet jeg jo ikke om jeg gjør..men jeg håper jo"

4.4.11 Redsel for å bli avhengig av legemidler

En annen type bekymring var redselen for å bli avhengig av legemidler. Dette var ikke et tema som ble diskutert under intervjuet, og det var heller ikke tatt med i intervjuguiden. Under analysen av intervjuene i ettertid dukker imidlertid dette temaet opp hos fire av pasientene.

"Så..det er mye en kaster i seg"

"Så..så det er min medisin forbruk..jeg er veldig forsiktig..jeg har alltid vært litt tvilende til bruk av medisiner"

"Jeg er veldig redd for å gjøre meg selv avhengig av medisiner også med den her dulcolax'en hvor jeg sa at det..søren heller er det slik at jeg bli avhengig av bruken.."

Dette temaet dukket også opp hos en annen pasient under hjemmebesøket. Hun hadde tydelig vondt, men brukte likevel mindre smertestillende enn det legen hadde forskrevet.

Tilsynelatende skyldtes dette at hun var redd for å bli "avhengig".

4.4.12 Tiltro til helsepersonell

Fire av pasientene ga uttrykk for at de hadde stor tiltro til både lege og annet helsepersonell. For eksempel ga en av pasientene uttrykk for at han hadde tillit til at legen og apoteket sørget for at han fikk den informasjonen han hadde behov for på følgende måte:

"Jeg går ut i fra at legen min sørger for at jeg får det jeg skal ha"

"..så jeg regner med at legene vet hva de gjør"

"Og jeg regner med at apoteket vet hva de gjør"

"Og de er vel ganske grei til å forklare enkelte gang"

Årsaken til at en av pasientene ikke ønsket mer informasjon var at hun synes det var unødvendig siden legen hennes var så flink til å forklare. En annen pasient la vekt på at det var andre enn hun som hadde oversikten, og at hun ikke kunne så mye om legemidlene. Hun var ingen bedreviter og hørte på andre når det gjaldt legemidler. Det var legekantoret og hjemmesykepleien som ordnet alt som hadde med legemidler å gjøre.

Denne sterke tiltroen til helsepersonell var også tydelig under to av hjemmebesøkene. En av pasientene hadde fått dobbel dose, og var klar over at det var for mange tabletter, men tok det likevel. En annen pasient fikk fire tabletter Paracet[®] daglig, og tok det selv om hun ikke hadde vondt.

4.5 Pasientsamtalen

Tabell 7: Hva pasientene ønsket mer informasjon om under intervjuet

Pasient nr.	Pasienten ønsket mer informasjon om
1	Virkningen av legemidlene Indikasjon for bruk
2	Når på dagen medisinen skulle tas Om den skulle tas sammen med eller uten mat
3	Skriftlig oversikt over alle legemidler, indikasjon for bruk og når på dagen legemidlene skulle tas Bivirkninger Generell informasjon om Prednisolon®
4	Ønsket ikke mer informasjon
6	Hadde god oversikt Hadde noen spørsmål angående tretthet og munntørrehet
7	Oversikt legemidler Indikasjon for bruk
8	Ønsket ikke delta lenger
11	Skriftlig oversikt over alle legemidler, indikasjon for bruk og hvordan de skulle administreres
13	Kun ved nye legemidler
14	Hadde god oversikt, men kunne tenke seg noe lettlest Bivirkninger

Fire pasienter ønsket mer informasjon om indikasjon for bruk. To pasienter ønsket informasjon om bivirkninger, når på dagen legemidlene skulle tas og hvordan de skulle administreres. En pasient fikk lagt til et nytt legemiddel på sykehuset og ønsket mer informasjon om dette, og en pasient ønsket å få vite noe om virkninger av legemidlene.

Tabell 8: Informasjon gitt under pasientsamtalen, og hvilke pasienter som fikk skriftlig informasjon

Pasient nr.	Informasjon gitt	Skriftlig informasjon
1	Administrering og oppbevaring av øyedråper Gikk gjennom indikasjonen for alle legemidlene hun brukte Hvordan legemidlene mot høyt blodtrykk og glaukom virker, og hvorfor det er viktig å ta de	
2	Når på dagen legemidlene skulle tas Om de skulle tas sammen med eller uten mat	
3	Administrering, virkning og bivirkninger av Prednisolon® Gikk gjennom skriftlig oversikt (vedlegg H)	X
4	Hvilke tablettene kan knuses Hvilke må svelges hele	
6	Generell informasjon om Marevan® Administrering av Fosamax® Årsaken til at hun var så trett	
7	Gikk gjennom indikasjonen for alle legemidlene hun brukte Administrering av legemidler	
8	Ønsket ikke å delta videre	
11	Pasienten er bortreist Leverer skriftlig informasjon etter at oppgaven er levert	X
13	Gikk gjennom skriftlig informasjon som er vedlagt	X
14	Avleverte skriftlig informasjon	X

I alle pasientsamtalene ble indikasjon for bruk, og hvordan legemidlene skulle administreres gjennomgått, så fremt pasienten ikke hadde oversikt over dette selv.

4.5.1 Skriftlig informasjon

Det ble gitt skriftlig informasjon til fire av ni pasienter som hadde en pasientsamtale. En av pasientene ønsket seg under pasientsamtalen en enkel oversikt over hvilke legemidler han brukte, indikasjon for bruk og om de skulle tas sammen med eller uten mat. En slik oversikt ble derfor tatt med på hjemmebesøket (vedlegg H). Pasienten sin fastlege ønsket ikke at vi skulle gi ut en slik oversikt, men ville sende en til pasienten selv. Derfor ble den bare gått gjennom sammen med pasienten på hjemmebesøket, og tatt med tilbake i etterkant.

Av de tre andre pasientene var det en som i utgangspunktet ikke ønsket mer informasjon, så fremt hun ikke fikk noen nye legemidler. Det ble likevel laget en oversikt over hvilke legemidler hun brukte, indikasjon for bruk og hvordan de skulle administreres (vedlegg J). Studenten gikk gjennom oversikten sammen med pasienten, og pasienten ga uttrykk for at hun var veldig fornøyd med informasjonen som ble gitt.

En av pasientene etterspurte informasjon som var lett å lese. Pasienten hadde tilsynelatende god oversikt over legemidlene sine fra før, så oversikten ble noe mer omfattende enn de andre (vedlegg K). Han ble også tilbudt en brosjyre om Marevan[®], siden han skulle bytte tilbake fra Klexane[®] til Marevan[®] når han kom hjem. Han sa han hadde så mange brosjyrer liggende hjemme fra før om Marevan[®], så han ønsket ikke flere. Det ble ikke tid til å gå gjennom informasjonen siden han skulle flytte hjem samme dag.

En pasient ønsket en oversikt over hvilke legemidler hun brukte, indikasjon for bruk, og hvordan de skulle administreres (vedlegg I). Pasienten var borte under prosjektperioden, og får informasjonen levert ut og gjennomgått i etterkant.

For de resterende fem pasientene ble informasjonen gjennomgått muntlig. Studenten forsikret seg om at pasientene hadde forstått informasjonen de fikk ved at pasientene gjentok det viktigste. I ett tilfelle hadde pasienten så god oversikt, at når studenten fortalte om et legemiddel fullførte pasienten nærmest setningene.

4.5.2 Tilleggsinformasjon fra hjemmebesøket

Det var seks pasienter som fikk hjemmebesøk av både farmasøyt og student. Fem av seks hjemmebesøk avdekket tilleggsinformasjon om legemiddelbruken til pasienten. Ved det ene hjemmebesøket fant pasienten frem en boks med Paralgin forte[®], som han hadde gjemt unna. Under intervjuet på sykehjemmet fortalte pasienten at han hadde brukt Paralgin forte[®] siden 1972, men at han hadde sluttet da han ble innlagt på sykehuset. Det var ikke registrert at pasienten hadde fått Paralgin forte[®] verken på sykehuset, rehabiliteringsinstitusjonen eller hos fastlegen.

En annen pasient hadde fått Kajos[®] mikstur på sykehuset. Da pasienten ble utskrevet fra sykehuset lå kaliumverdien helt i øvre del av referanseområdet, og skulle etter råd fra farmasøyt seponeres på rehabiliteringsinstitusjonen. Under hjemmebesøket fikk hun fortsatt Kajos[®] mikstur. Pasienten trodde hun fikk tilskudd av kalsium og at det skulle hjelpe mot benskjørhet.

En av pasientene hadde fortsatt mye smerter, men tok likevel mindre smertestillende enn legen hadde forskrevet. Pasienten tok to tabletter Nobligan[®] om dagen, selv om legen hadde forskrevet inntil fire tabletter for dag. En av årsakene til at hun ikke ville ta mer smertestillende var at hun hadde blitt så kvalm av Nobligan[®] da hun var innlagt på rehabiliteringsinstitusjonen. Det ble informert om at hun kunne prøve å ta en tablett midt på dagen sammen med mat i tillegg til tablettene morgen og kveld.

En annen pasient hadde ikke lenger smerter, men hun tok fortsatt fire Paracet[®] om dagen. Hun sa at hun ikke stolte på seg selv, og tok derfor det hun fikk. Ved dette hjemmebesøket ble det også oppklart at pasienten hadde multidose, og at hun hadde hatt det siden før hun ble innlagt på sykehuset.

På et av hjemmebesøkene ble det oppdaget at pasienten tok alle tablettene på en gang, og tygget de. Det ble informert om at han kunne prøve å ta en og en tablett av gangen, og eventuelt dele den største tablettene, og forsøke å svelge de hele. Han ble i tillegg informert om at han ikke burde tygge Albyl E[®], på grunn av magebivirkninger. På resepter kona hans fant frem, sto det at han fikk Betnovat[®] krem mot eksem. Det var ikke registrert at pasienten hadde fått Betnovat[®] verken hos fastlegen, på rehabiliteringsinstitusjonen eller på sykehuset.

Det kan virke som om noen pasienter har vanskelig for å skille Paracet[®] og Paralgin forte[®]. Under runden med hjemmebesøk var det to pasienter som konsekvent omtalte Paracet[®] og Paralgin forte[®] om hverandre. Det ble derfor vanskelig å få en oversikt over hvor mye smertestillende de faktisk brukte.

På alle hjemmebesøkene fikk pasientene tilbud om at farmasøyt kunne se gjennom medisinskapet deres, og rydde opp dersom det var legemidler som var gått ut på dato. Det var en av pasientene som takket ja til dette tilbudet. Der ble det funnet flere reseptfrie legemidler, kosttilskudd og naturlegemidler, som pasienten ikke hadde tenkt på når han ble spurt om dette under intervjuet. Mye av det ble kastet etter ønske fra pasienten, deriblant naturlegemidlene. Det hadde han ikke mye tro på, og det var noe han hadde fått i gave.

4.6 Intervju med sykepleier

4.6.1 Rutiner for å gi legemiddelinformasjon til pasienter

I følge sykepleier var det ikke noen faste rutiner for å gi pasienter legemiddelinformasjon. Hva det ble gitt informasjon varierte ut fra hvilke behov pasienten har. De ansatte ved institusjonen kontrollerer at pasientene kan administrere dosetter, øyedråper og ulike inhalatorer. Til å begynne med får pasientene utlevert dosetten ved matbordet, der det observeres hvordan det fungerer med å åpne riktig luke og ta ut legemidlene. Når det fungerer greit, får de ha dosetten sin selv i nattbordet. De ansatte følger fortsatt med om pasientene tar legemidlene sine til riktig tid. De ansatte hadde ingen sjekkliste for å dokumentere at opplæringen nevnt ovenfor var blitt gjennomført. Da studenten nevnte dette, noterte sykepleieren det ned og skulle bringe ideen videre.

Pasientene blir også informert om hvordan legemidlene skal tas. Det innebærer informasjon om tabletter som ikke kan knuses, om legemidlene skal tas med eller uten mat, til hvilken tid og at de skal drikke vann både før og etter de tar tabletter.

I utgangspunktet tar ansatte vare på alle legemidlene pasientene har med seg inn på rehabiliteringsinstitusjonen. Dette blir gjort for å ha oversikt over hva pasientene tar selv, og hindre at pasientene får dobbel dose eller at det oppstår andre problemer.

Der det er behov for det anbefaler de ansatte at hjemmesykepleien skal overta administrering av legemidler når pasienten skrives ut til hjemmet.

4.6.2 Redsel for å bli avhengig av legemidler

I følge sykepleier er det mange eldre som venter til smerten er nærmest uutholdelig før de tar smertestillende. Pasientene er redd for å bli avhengige, og vil ”holde ut” lengst mulig. Hun bruker mye tid på å forklare fordelene med å ta smertestillende før smerten er på topp. Hennes inntrykk er at redselen for å bli avhengig bare gjelder smertestillende. Til sovemedisiner har de en helt annen holdning, de er det veldig vanskelig å seponere når pasientene først har begynt å få dem. Det er ganske mange pasienter som står på sovemedisiner når de kommer fra sykehuset. Selv om det bare er eventuelt-medisin, vil pasientene gjerne ha det hver kveld på rehabiliteringsinstitusjonen også. De forsøker å trappe ned sovemedisinen på rehabiliteringsinstitusjonen, men for enkelte pasienter greier de det ikke.

4.6.3 Erfaringer med eldre og legemidler

Sykepleierens inntrykk er at eldre stort sett har oversikten over hvilke legemidler de bruker. Mange av pasientene teller over antall tabletter i medisinbegeret, og sier at det stemmer. Hvis de får synonympreparater de ikke har fått tidligere, spør de som regel hva det er for noe. Likevel ser de en del feil i dosetter som eldre har med seg hjemmefra, selv om pasienten ellers er klar og oppegående, og burde klart å legge opp i dosetten selv. Sjelden, men noen ganger, har sykepleier opplevd at pasienter låner legemidler av andre eller finner noe gammelt i skapet hjemme som de begynner å bruke. Da prøver hun å forklare at en ikke må låne legemidler av andre, det er noe legene må bestemme. Sykepleieren har aldri opplevd at pasienter tar både originalpreparatet og synonympreparatet, hun mener de er flinke til å opplyse om dette både på apoteket og på rehabiliteringsinstitusjonen. Hun har heller ikke opplevd at ektepar blander legemidlene sine, men at de har orden på hvem som eier hva.

De fleste legemidlene har hun også inntrykk av at det går greit for pasienter å administrere selv. Det eneste unntaket er inhalatorer, der en må puste inn og trykke ned samtidig, de kan ta litt tid for eldre å venne seg til. Det er heller ikke alle som innser betydningen av kontinuerlig vedlikeholdsbehandling med steroider, men kun tar anfallsmedisin ved behov.

5 Diskusjon

5.1 Valg av metode

Formålet med masteroppgaven var å utvikle en mal for pasientsamtalen, gjennomføre pasientsamtaler i rehabiliteringsinstitusjon og i hjemmet, og måle en eventuell effekt av pasientsamtalen på kunnskapsnivået til pasientene. Litteratursøk har ikke identifisert at noe tilsvarende er gjort på eldre pasienter tidligere.

For å kunne både gjennomføre gode pasientsamtaler og måle en eventuell effekt av pasientsamtalen, ble det nødvendige å bruke to ulike metoder. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med pasientene i forkant av pasientsamtalen, for å tilpasse informasjonen best mulig til hver enkelt pasient. Dette ble gjort både for å kartlegge hva pasientene allerede hadde av legemiddelkunnskap, og hva de trengte mer informasjon om. Det ble i tillegg utarbeidet et spørreskjema, for å kunne måle en eventuell effekt av informasjonen som ble gitt på pasientens kunnskaper om legemidlene de brukte. Spørreskjemaet ble utlevert første gang i etterkant av intervjuet, og på nytt under hjemmebesøket.

En tilsvarende metode er brukt i en randomisert kohortstudie gjennomført ved Lovisenberg sykehusapotek, men med en yngre pasientpopulasjon (pasienter > 18 år). Målet med denne studien var å undersøke om individuelle rådgivningssamtaler om legemidler mellom pasient og farmasøyt gir økt kunnskap om egen legemiddelbehandling og dermed bidrar til økt terapierlevelse. Pasientene ble randomisert til en "farmasøytgruppe" eller en "kontrollgruppe", der pasientene i "farmasøytgruppen" fikk en egen rådgivningssamtale om legemiddelbruk med en farmasøyt før utskrivning fra sykehuset. Alle inkluderte pasienter ble intervjuet ved innleggelse, og fikk utlevert en enkel kunnskapstest. Alle pasientene i begge gruppene ble fulgt opp med ett hjemmeintervju/sykehusintervju 6-8 uker etter utskriving, og tilsvarende kunnskapstest som ved innleggelse ble utlevert på nytt. Resultatene fra denne studien er ikke ferdig bearbeidet og publisert (personlig meddelelse Karin Willoch, Lovisenberg sykehusapotek).

5.1.1 Analyse

Innholdet i pasientsamtalene ble sortert i en tabell for å kunne sammenligne hvilke legemidler pasientene trengte og ønsket mer informasjon om, hvilken type informasjon dette var og hvorfor akkurat denne informasjonen ble gitt. Dette var en enkel og hensiktsmessig måte å få oversikt over hva pasientene ønsket informasjon om, og hvilken informasjon som ble gitt i pasientsamtalene.

Intervjuene ble sortert tematisk for å kunne sammenligne hva de forskjellige pasientene hadde sagt om hvert enkelt tema. I det samme regnearket ble det også lagt inn hva pasientene hadde svart på spørreskjemaet før og etter pasientsamtalen. Tanken med dette var å kunne sammenligne hva pasientene hadde svart på spørreskjemaet med hva de sa i intervjuet, der temaene var overlappende. Denne måten å sortere og analysere dataene på fungerte godt. Metoden egnet seg for enkelt å kunne sammenligne hva pasientene hadde sagt om et tema, og også for å sammenligne intervjuet mot spørreskjemaet.

Det ble utarbeidet en totaloversikt over legemiddelbruken til alle pasientene ved innleggelse, på sykehuset og på rehabiliteringsinstitusjonen. Hensikten med oversikten var å sammenligne den med hvor mye pasientene kunne om egen legemiddelbehandling ut i fra intervjuet og spørreskjemaet. Tabellene over legemiddelbruk var en velegnet måte å få oversikt over legemiddelbruken, og sammenligne den med kunnskapen til pasientene.

5.1.2 Validering

Utkastene til intervjuguide, spørreskjema og mal for pasientsamtalen ble validert av en ekspertgruppe, for å sikre at utgangspunktet for masteroppgaven var best mulig. På bakgrunn av innspillene deres ble utkastene gjennomgått og forbedret av studenten. De som validerte metoden hadde erfaring med pasientopplæring, og kunne dermed vurdere om både opplegget for pasientsamtalen, i tillegg til spørsmålene i spørreskjemaet og intervjuguiden var rimelige. Intervjuguide, mal for pasientsamtalen og spørreskjema kunne med fordel ha blitt sendt tilbake til ekspertgruppen en gang til etter at endringene ble gjennomført. Da ville en fått større sikkerhet for at alle i ekspertgruppen var enig i alle endringene som ble gjort.

Eventuelt kunne spørreskjemaet ha blitt validert på en tilsvarende pasientgruppe, før det ble tatt i bruk. Da ville en være sikker på at alle begreper, spørsmål og svaralternativer var

forståelige, og sannsynligheten for at spørreskjemaet målte det som det var meningen at det skulle måle ville vært større.

5.2 Praktisk gjennomføring

Det var relativt tidkrevende å organisere tre ulike møter med pasienten, der det skulle passe både for pasient, farmasøyt og ansatte ved rehabiliteringsinstitusjonen. Ettersom prosjektet innebar flere møter med pasienten, kunne dette være både slitsomt og forvirrende for pasienten. Til tider kunne det virke som om pasientene syntes at det ble litt mye å ha et intervju først, og deretter svare på et spørreskjema. Både ressurs- og kvalitetsmessig kunne det derfor vært nyttig å redusere antall møter med pasienten, og velge én form for informasjonsinnsamling. Eventuelt kunne noe av informasjonen blitt hentet inn samtidig som det ble tatt opp legemiddelanamnese av farmasøyt på sykehuset. Det kunne også være problematisk at både farmasøyt og student skulle snakke med pasienten i forhold til hvor mye farmasøyt skulle svare på spørsmål fra pasienten på sykehuset, uten å innvirke på masteroppgaven.

Det var nyttig å følge opp pasienten gjennom flere trinn, siden en blant annet får muligheten til å se nærmere på overføring av legemiddelinformasjon mellom ulike instanser. I tillegg var pasientene ofte i bedre form på rehabiliteringsinstitusjon enn på sykehuset, og i enda bedre form i hjemmet igjen. Farmasøyt/student tilegnet seg stort sett ny tilleggsinformasjon om legemiddelbruken hver gang pasienten ble flyttet til et nytt omsorgsnivå. I de tilfellene der pasienten hadde vært i kontakt med fastlegen etter utskrivning fra rehabiliteringsinstitusjonen, var det særlig nyttig.

5.2.1 Tidsforløpet

Det planlagte tidsforløpet for masteroppgaven (se figur 2) ble ikke overholdt for alle pasientene. Dette skyldtes blant annet at flere av rehabiliteringsoppholdene var mye lenger enn 2-3 uker, som ble anslått i utgangspunktet.

En pasient ble utskrevet så raskt at intervjuet ble holdt i hjemmet istedenfor på rehabiliteringsinstitusjonen, og det tok lang tid å finne et tidspunkt det passet for pasienten å få besøk av studenten. Det var flere pasienter det var vanskelig å få tak i og avtalt hjemmebesøk med, en hadde eksempelvis oppgitt feil telefonnummer.

Studenten møtte også opp på rehabiliteringsinstitusjonen flere ganger, uten at pasienten var tilgjengelig, selv om det var avtalt et møte på forhånd.

Varierende tidsforløp trenger ikke nødvendigvis være en ulempe. Ut i fra det foreløpige antallet pasienter er det vanskelig å si noe om det bør være kort eller langt mellom samtaleene, og i hvilken grad pasienten bør ha kommet i orden i hjemmet før det er hensiktsmessig med et hjemmebesøk. Dette er noe en kanskje kan se nærmere på når pasientantallet stiger utover i den overordnede studien. En naturalistisk setting som dette, med varierende tidsforløp vil også kunne være med på å øke generaliserbarheten av resultatene.

5.3 Pasientpopulasjonen

De eneste inklusjonskriteriene i studien var pasienter over 65 år med planlagt utskrivelse til rehabiliteringsopphold i regi av Trondheim kommune, dermed ble pasientpopulasjonen mangfoldig. Det ble inkludert pasienter som brukte dosett, hadde multidose, fikk hjelp fra pårørende eller hjemmesykepleie. Pasientene kom fra mange forskjellige avdelinger på sykehuset, og hadde mange ulike innleggelsesdiagnoser. Derfor ble det en realistisk populasjon i henhold til aldersgruppen, og ikke for selektert slik det ofte blir i studier, og generaliserbarheten øker.

5.4 Intervjuet

5.4.1 Hvordan påvirket rammefaktorene intervjuet?

Det var ikke alle pasientene som kunne huske å ha snakket med farmasøyt, og gitt samtykke til prosjektet på sykehuset. Utgangspunktet for intervjuet ble dermed i noen tilfeller at pasientene lurte på hvem det var som kom for å snakke med dem og hvorfor. Alle intervjuene startet derfor med en kort forklaring på hva som var hensikten med det overordnede prosjektet, og deretter ble det gitt informasjon om formålet med masteroppgaven og muntlig samtykke ble innhentet på nytt. Dette hadde muligens ikke vært et like stort problem om det var samme person som både tok opp legemiddelanamnese, innhentet samtykke til prosjektet på sykehuset, og holdt intervjuet på rehabiliteringsinstitusjonen. Da ville pasientene hatt et kjent ansikt å relatere prosjektet til. Det kunne også blitt utlevert skriftlig informasjon om prosjektet på nytt på rehabiliteringsinstitusjonen, i tilfelle den informasjonen som ble levert ut på sykehuset hadde blitt borte for pasienten. Det er mulig det også hadde vært lettere for pasientene å huske prosjektet, dersom det hadde vært kortere tidsrom mellom

intervensjonene. Tidsrommet mellom intervensjonene vil avhenge av mange forskjellige faktorer, og kan derfor være vanskelig å kontrollere. Pasientene ble spurt om de ønsket å informere pårørende i forbindelse med inklusjon på sykehuset, og noen hadde pårørende til stede. Dette var imidlertid ikke alltid tilstrekkelig, og videre i prosjektet burde en muligens utarbeide et eget informasjonsskriv til pårørende med kontaktinformasjon, som pasientene kan bringe videre om de ønsker det.

Under intervjuet var det tre av pasientene som lå i sengen, spesielt en pasient virket svært skrøpelig. Han hadde vært på sykehus i over to måneder, og hadde gått ned mye i vekt. Siden intervjueren satt oppreist ved siden av sengen, og dermed så ned på pasientene, kunne dette virke noe paternalistisk. Det er mulig en burde ventet med intervjuene til pasientene er såpass friske at de ikke trenger å ligge i sengen. Siden pasientene stort sett var der mye lenger enn planlagt, ville det ikke vært noe problem å utsette intervjuet en uke. I de tilfellene pasientene ligger og hviler, bør en nok komme tilbake litt senere, selv om pasientene sier det er greit å gjennomføre intervjuet.

Intervjuene ble også asymmetriske på grunn av at intervjuer og pasient har ulik kompetanse om temaet for intervjuene.

Flere av intervjuene ble preget av fysiske barrierer mellom intervjuer og pasient. Noen av pasientene var tunghørte, og hadde vanskelig for å høre spørsmålene som ble stilt. I etterkant finner en eksempler på misforståelser i noen av intervjuene på grunn av dette, der pasienter har svart noe helt annet enn det som det ble spurt om. Dette ble ikke alltid fanget opp av intervjuer under intervjuet. Det ble alltid informert om i forkant av intervjuet at pasientene måtte spørre på nytt om det var noe de ikke forsto eller hørte, men det ble nok ikke alltid gjort. Til senere intervjuer er det viktig å være ekstra oppmerksom på at pasientene ikke alltid sier i fra når det er noe de ikke forstår. Det er intervjuer sitt ansvar å være sikker på at de har forstått, og fått med seg det du spør om.

En av pasientene manglet gebiss under intervjuet, og dermed ble det vanskelig for intervjuer å forstå hva som ble sagt. Dette ble særlig fremtredende under transkriberingen av intervjuet, der opptaket flere steder var så utydelig at det ikke var mulig å forstå. Her ville det nok vært mye bedre å skrive ned grundige notater i stedet for å bruke lydbånd. Da er en mer oppmerksom på hvilke steder en ikke har forstått hva pasienten sier, det sikres at en får med

nødvendig informasjon, og det unngås at en sitter i etterkant og bare har bruddstykkene av et intervju, og ufullstendige notater.

I to tilfeller ble intervjuet avbrutt av en sykepleier. I det ene tilfellet var sykepleier usikker på hvem det var som intervjuet pasienten, og om det var innhentet samtykke. Sykepleier brøt inn i samtalen, og henvendte seg til pasienten for å spørre henne om hun hadde gitt samtykke til dette. Det var en ukomfortabel situasjon både for pasient og intervjuere, og noe som burde ha blitt oppklart før intervjuet startet, for ikke å uroe pasienten unødvendig. Alle ansatte skulle vært informert om prosjektet i forkant, men det må kanskje brukes enda mer tid på dette. Spesielt på de institusjonene der det er få pasienter, som en ikke besøker så ofte er det fort at prosjektet blir glemt. I det andre tilfellet var det en sykepleier som bare kom innom for å hente noe i nattbordskuffen til pasienten. Dette påvirket tilsynelatende intervjuet i liten grad.

Det var flere distraksjoner som til en viss grad påvirket intervjusituasjonen. De pasientene som ble intervjuet rett før jul var opptatt av om de ville bli friske nok til å komme hjem til jul, og at de ikke hadde begynt på noen av juleforberedelsene. En pasient var irritert over at hun var nødt til å bake kromkaker hele formiddagen, da hun mye heller ville trene. Pasienten som trodde han hadde fått Halcion[®] kvelden før, var så opptatt av dette at han hadde vanskelig for å samle sin oppmerksomhet rundt andre spørsmål. I det siste tilfellet ville det nok vært bedre at pasienten hadde fått svar på hvilke legemiddel han faktisk fikk kvelden før i forkant av intervjuet.

En alternativ løsning fremover kan være at farmasøyt har fast tilstedeværelse på rehabiliteringsinstitusjonen en eller to dager i uken, da ville det vært mer forutsigbart for pasientene når farmasøyt var til stede. Det ville også være lettere for farmasøyten å tilpasse tidspunktene for intervjuer og samtaler bedre til pasientene sine timeplaner.

En pasient ble intervjuet i hjemmet, og det kunne vært interessant å gjennomføre noen flere intervjuer i hjemmet, for å se om det egnet seg bedre enn intervju i institusjon. Det er ikke så mange nye personer å forholde seg til i hjemmet, samtidig som det er trygge omgivelser for pasienten. Under det ene intervjuet, som ble holdt i hjemmet var det fortsatt noen distraksjoner. Pasienten skulle eksempelvis ut å reise om få dager, i tillegg til å ha fått dobbel kvelds- og nattdose medisiner kvelden før. Det er vanskelig å si ut i fra bare dette ene intervjuet hvor det vil egne seg best å ha intervjuet med pasienten.

Åtte av intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Tre av pasientene ønsket ikke at intervjuet skulle tas opp på lydbånd, og det ble derfor tatt notater underveis i stedet. Noen av intervjuene ga såpass lite informasjon at det nok ville vært tilstrekkelig å notere underveis. Andre intervjuer gikk mer i dybden, og bruk av lydbånd ga et mer helhetlig inntrykk av intervjuet, i tillegg til at intervjuer fikk anledning til å notere ned nonverbale budskap. Av ressursmessige hensyn vil det nok i de fleste tilfeller være nok å notere, siden ingen av intervjuene var spesielt lange eller ga veldig mye tilleggsinformasjon utover notatene.

Analysetemaene som ble valgt ut vil til en viss grad være avhengig av den som har analysert materialet. På bakgrunn av hvilke erfaringer og tanker en har dannet seg før analysen, vil en automatisk se etter disse først. I dette tilfellet var det utarbeidet en intervjuguide på forhånd, og mange av temaene var hentet direkte fra denne. Dermed la den grunnlaget for hva vi kunne forvente å få svar på, og hvilke tema som ville dukke opp. I og med at intervjuguiden er inspirert av andre, og validert av en ekspertgruppe, er det ikke bare studenten sine erfaringer og tanker som preger den. Siden intervjuer er veldig personavhengige i utgangspunktet, er det en fordel at temaene som blir tatt opp til en viss grad er standardiserte, slik at det ikke bare er intervjuerens syn som preger intervjuet, og hvilke resultater en får.

5.4.2 Kommunikasjon

Alle intervjuene ble startet med et åpent spørsmål, der pasienten kunne fortelle om egen legemiddelbruk og erfaringer. Tanken bak det var å prøve å få pasienten til å snakke i en lengre periode, men det viste seg i flere av intervjuene at det ikke var så lett å gjennomføre. Flere av pasientene hadde ikke så mye å si rundt legemiddelbehandlingen uten at de ble spurt mer spesifikt, dermed ble gjerne spørsmålene mer og mer spesifikke utover i intervjuet. En annen konsekvens av at pasientene ikke hadde så mye å si rundt egen legemiddelbehandling var at intervjuene ble veldig korte, og kanskje ikke så innholdsrike som ønskelig. Intervjuene tok gjennomsnittlig 19 minutter, men noen var helt ned i sju minutter. Innholdet i intervjuet vil også avhenge av hvor mye erfaring intervjueren har, og i hvilken grad en har tilegnet seg kommunikasjonsteknikker. De siste intervjuene er lenger enn de første, men det er vanskelig å si om det er en direkte sammenheng mellom erfaring og lengde på intervjuet. Inntrykket fra intervjuene var at lengden, og innholdet varierte i forhold til hvor mye pasienten kunne om legemidlene.

Intervjuene burde kanskje vært enda mer åpne, og ikke så kunnskapsrettet. Det kunne vært et alternativ å spørre pasientene om hvordan legemidlene påvirket deres hverdag, og hvilke oppfatninger de har angående bruk av legemidler. På den måten hadde en sannsynligvis fått bedre innblikk i deres syn på legemidler, eksempelvis redselen for å bli avhengig av legemidler.

Det hadde trolig vært en fordel at pasientene hadde legemidlene sine tilgjengelige under intervjuet, for å ha noe å relatere spørsmålene til. En kan kanskje ikke forvente at pasienter som bruker alt fra tre til ti legemidler, eventuelt enda flere, skal huske navnet på alle legemidlene de tar. Da kunne en gått gjennom ett og ett legemiddel, og spurt pasientene hvordan de brukte legemidlet, om de visste hvorfor de fikk det og om de visste hva som var de vanligste bivirkningene. Dette ville kunne gitt en enda bedre oversikt over hva pasienten virkelig trengte informasjon om, og en kunne ha skreddersydd informasjonen enda bedre. Muligens kunne nok noen av pasienten mer enn det de fikk gitt uttrykk for under intervjuet, men de klarte ikke å komme på det og formidle kunnskapen der og da. Om de hadde hatt legemiddelpakningene til stede, ville det nok vært lettere for pasienten å komme på hvordan han/hun tok legemiddelet og hvorfor.

Flere pasienter svarte ”vet ikke”, da de ble spurt om bivirkninger og virkninger av legemidler. Likevel ble det tydelig ut i fra hva pasientene fortalte at de kunne mer om bivirkninger og virkning av legemidler enn de selv trodde. En av årsakene til det kan være at pasientene ikke så ut til å relatere det de kunne til begrepene bivirkning og virkningsmekanisme. Eksempelvis var det flere pasienter som var klar over at bisfosfonater kan føre til irritasjon på spiserøret om det ikke tas riktig, men ingen relaterte dette til begrepet bivirkning. En må altså spørre litt mer utover bare om de vet hva som er vanlige bivirkninger. Eventuelt om de vet om noen forholdsregler til de legemidlene de tar, og om de har opplevd noe ubehag med noen av legemidlene. En annen mulighet er å be pasienten fortelle hva de vet om hvert enkelt legemiddel, og om det er noe de lurer på. Det var også ett tilfelle der pasienten ikke forsto hva begrepet ”reseptfrie legemidler” betydde. Dette viser også at begrepsbruken blant helsepersonell ikke uten videre kan brukes i kommunikasjon med personer uten helsefaglig bakgrunn, og kanskje spesielt ikke blant eldre.

Pasientene ble ikke avbrutt under intervjuet, så fremt de ikke hadde sporet helt av i forhold til temaet. Da ble det prøvd å styre de inn igjen på temaet uten å være uhøflig. I forkant var en

forberedt på at samtalene kunne bli unødige lange og ”ufokuserte” i forhold til temaet legemiddelbruk, men dette viste seg å være et mindre problem enn antatt. Det var også eksempler på at det noen ganger ga nyttig tilleggsinformasjon å la pasientene fortsette å snakke, selv om de i utgangspunktet kunne virke som de hadde sporet helt av det aktuelle temaet.

5.4.3 Intervjuguiden

Intervjuguiden som ble laget var svært kunnskapsrettet. Det kan være vanskelig å spørre om kunnskap direkte i intervjuer uten at pasienten føler seg ukomfortabel. Ett eksempel på dette var en pasient som ikke likte, å bli spurt om ting hun ikke kunne svare på, og viste dette gjennom et urolig kroppsspråk og flakkende blikk. Pasienten sa også selv at hun ble svært usikker, når hun fikk direkte faktaspørsmål. Det kan være enklere å spørre om kunnskap ved hjelp av et spørreskjema, da blir det mer distansert.

Intervjuguiden burde kanskje vært enda mer åpen, og hatt færre spørsmål som gikk direkte på kunnskap. Det ble prøvd å ta høyde for at pasientene som ble intervjuet var svært forskjellige i forhold til hvor mye kunnskap de hadde om legemidler. Der pasienten hadde problemer med å svare på de enkle spørsmålene, ble det ikke ansett som riktig å spørre pasienten om de antatt vanskeligere spørsmål senere i intervjuguiden. En pasient mente han fikk noen medisiner mot hjertet, og legemiddelanamnesen viste at han brukte tre forskjellige legemidler som kunne relateres til hjertefunksjonen. Da ble det ikke ansett som nødvendig å spørre han om hvordan de ulike legemidlene virket, siden det bare var så vidt han husket at han fikk noe som hadde effekt på hjertefunksjonen.

I de tilfellene der pasienten verken kunne navnet på legemiddelet eller visste hva som var indikasjon for bruk, ble det ikke ansett som riktig å spørre om for eksempel vanlige bivirkninger av det aktuelle legemiddelet.

Det var bare ni av 11 pasienter som ble spurt om adherence. Det var to av pasientene som tilsynelatende hadde svært liten oversikt over hvilke legemidler de brukte, og uttrykte klart at de stolte på at andre hadde oversikten. En av pasientene fikk hjelp fra kona til å håndtere legemidlene, og tok det han fikk fra henne uten å reflektere over hva han tok. Den andre pasienten fikk hjelp av hjemmesykepleien til å håndtere legemidlene, de kom hjem til henne og ga henne legemidlene hver morgen, og hun stolte på at de hadde oversikten. I begge

tilfellene nevnt ovenfor ble det ikke ansett som nødvendig å spørre noe mer inngående om adherence, siden det var andre som sørget for at de tok legemidlene som forskrevet.

Intervju med pasientene egnet seg godt som utgangspunkt for en pasientsamtale. Selv om pasientene ikke alltid hadde så mye å fortelle om egen legemiddelbehandling, ga det en pekepinn om hva de trengte informasjon om. I følge en studie ble legemiddelrelaterte problemer, som omhandlet behov for opplæring oftere oppdaget for de pasientene som fikk intervju med farmasøyt (17). Det er vanskelig å kartlegge hvilken kunnskap den aktuelle pasientgruppen har om legemiddelbehandlingen sin bare ved hjelp av et spørreskjema.

5.5 Pasientsamtalen

5.5.1 Hvorfor ble akkurat denne informasjonen gitt i pasientsamtalene?

I alle pasientsamtalene ble det lagt vekt på at pasienten skulle vite hvorfor han eller hun fikk legemiddelet, og hvordan det skulle administreres. Derfor ble indikasjon for bruk gjennomgått i alle pasientsamtalene, der det ut i fra intervjuet virket som om pasienten ikke hadde oversikt over dette. Det var i utgangspunktet også fire av pasientene i intervjuet som ga uttrykk for at de ønsket informasjon om indikasjon for bruk.

To pasienter administrerte øyedråper mot glaukom på egenhånd. For begge disse ble praktisk bruk av øyedråper gjennomgått, for å sikre riktig bruk.

En av pasientene hadde høyt blodtrykk, og brukte flere legemidler mot dette. Siden noen studier har vist dårlig adherence til blodtrykksbehandling (45), ble dette tatt opp i pasientsamtalen. Pasienter er ofte forvirret over om nye legemidler lagt til på sykehuset er en erstatning eller et tillegg til gammel behandling (46). Nye legemidler startet opp på sykehuset ble gjennomgått grundigere enn legemidler pasientene hadde brukt lenge, ett eksempel her var Prednisolon[®].

Det var to av pasientene som brukte Marevan[®]. Marevan[®] er et legemiddel med smalt terapeutisk vindu, der pasienten må være i stand til å ta flere nødvendige forholdsregler, for å unngå komplikasjoner. Virkningen, INR-målinger, samtidig bruk av andre legemidler, tegn til overdosering, tidspunktet dosen tas på og et stabilt inntak av vitamin K ble diskutert med den

ene pasienten. Den andre pasienten hadde ikke tid til pasientsamtale, og ble tilbudt en brosjyre om Marevan[®]. Han hadde allerede flere brosjyrer om Marevan[®], og ønsket ikke flere.

Siden de fleste bisfosfonater administreres på en spesiell måte ble det gjennomgått i alle pasientsamtalene. Tre pasienter sa i intervjuet at dette legemiddelet var vanskelig å huske på å ta. En pasient hadde ikke fått informasjon om hvordan Alendronate[®] skulle administreres. Alle pasientene som brukte bisfosfonater ble derfor informert om hvordan de skulle administreres og hvorfor, og hva de skulle gjøre om de glemte en dose.

Alle pasientene som brukte legemidler der det var spesielle forholdsregler i forhold til matinntak, tidspunkt, oppbevaring eller om de måtte svelges hele ble informert om dette.

Det er ikke hensiktsmessig å gi altfor mye informasjon på en gang, og det ble derfor fokusert på å velge ut legemidler der det er ekstra viktig at pasienten er adherent. Eksempler på det kan være blodfortynnende, øyedråper mot glaukom og inhalasjonslegemidler mot astma/KOLS. Legemidler oftest assosiert med legemiddelrelaterte problemer er legemidler som brukes mot respirasjonssykdommer, og legemidler som har effekt på sentralnervesystemet (17).

I tillegg ble det lagt vekt på å gi informasjon som pasientene hadde ønsket seg under intervjuet. Det ble antatt at denne informasjonen ville være den mest motiverende og interessante for pasienten, og den som ga pasienten størst utbytte.

Tilsynelatende virket det som pasientene var fornøyd med den informasjonen de fikk, og at de fikk svar på de spørsmålene de hadde. Noen ganger kunne det komme frem nye spørsmål under samtalen, som pasienten ikke hadde tenkt på tidligere. Spørsmålene ble svart på så godt som mulig, og eventuelt tatt opp igjen under hjemmebesøket hvis det var noe en ikke kunne svare på direkte.

Det er viktig at pasientene har kunnskap om legemidler, for å oppnå riktig legemiddelbruk. Hvor viktig det er med pasientinformasjonssamtaler, i forhold til andre tiltak som legemiddelgjennomganger av farmasøyt kunne vært interessant å se nærmere på. En mulig måte å gjøre dette på hadde vært gjennom spesifikke studier, som sammenlignet effekt med kostnader. Gjennom randomiserte intervensjonsstudier kunne en sammenlignet antall

reinnleggelser og legemiddelrelaterte dødsfall. Dette er noe man planlegger å gjøre i den overordnede studien.

5.5.2 Hvorfor ble noen av pasientsamtalen gjennomført i hjemmet?

Det var to av pasientsamtalene som ble gjennomført i hjemmet. Årsaken til dette var for den ene pasienten at han ønsket å ha kona tilstede siden det var hun som administrerte legemidlene. Den andre pasienten brukte bare tre legemidler, og de spørsmålene hun hadde om legemidlene ble avklart under intervjuet. Det ble derfor besluttet at det ikke var nødvendig med en egen pasientsamtale for denne pasienten. Eventuelle nye spørsmål om legemidlene kunne besvares under hjemmebesøket.

Det vil ikke være nødvendig med en egen pasientsamtale i rehabiliteringsinstitusjon i alle tilfeller. Det må vurderes for hver enkelt pasient, men noen ganger er det bedre å kombinere pasientsamtalen med et hjemmebesøk. Fordelen med det er at pasienten bare trenger to besøk av farmasøyt, og dermed blir det mindre slitsomt for pasienten. Pasientsamtaler i sammenheng med hjemmebesøk kan gjennomføres i praksis, men av ressursmessige hensyn kan det sannsynligvis ikke tilbys alle, men være aktuelt for noen utvalgte pasienter.

5.5.3 Hvordan påvirket rammefaktorene pasientsamtalen?

Det var fem pasienter som fikk en pasientsamtale, mens de fortsatt var på rehabiliteringsinstitusjonen. En av pasientene fikk bare utlevert skriftlig informasjon, siden han skulle reise samme dag og ikke hadde tid til en ordentlig gjennomgang. De fire andre pasientsamtalene ble alle holdt i salongen eller i gangen på rehabiliteringsinstitusjonen. Det var ingen av pasientene som ønsket å gå på rommet og ha samtalen der, selv om de ble spurt om det. I salongen var det flere andre pasienter til stede, i gangen var det fredeligere, men fortsatt en del både pasienter og ansatte som gikk forbi.

Det var heller ingen av pasientene som hadde legemidlene sine tilgjengelige under pasientsamtalen. Det hadde nok vært bedre om pasientene hadde hatt alle legemidlene til stede under samtalen, for å ha noe å relatere den informasjonen som ble gitt til.

Gjennomsnittlig tidsbruk på pasientsamtalen var 20 minutter, dette var noe mindre enn forventet tidsbruk. Årsaken til dette kan være at pasientene ikke hadde legemidlene sine til

stede, da ville en brukt mer tid på å demonstrere, og knytte informasjonen gitt opp mot pakningene.

Det var en pasient som ikke ønsket å delta i prosjektet lenger etter intervjuet. Hun ble utskrevet fra rehabiliteringsinstitusjonen før pasientsamtalen ble gjennomført. Det var etter å ha kontaktet datteren for å avtale et hjemmebesøk at det ble klart at hun ikke ønsket å delta lenger. Denne pasienten var svært tunghørt, og datteren sa at moren ikke hadde forstått hva som var hensikten med prosjektet. I dette tilfellet hadde det nok vært bedre om pårørende hadde vært til stede under intervjuet. Da kunne pårørende forklart pasienten hva som ble sagt i etterkant, hvis det var noe hun ikke hatt fått med seg. Det hadde også vært helt nødvendig at pårørende var til stede under en eventuell pasientsamtale, for å være sikker på at pasienten fikk den informasjonen hun trengte.

Både hvor pasientsamtalen ble gjennomført, og at pasientene ikke hadde legemidlene sine tilgjengelige påvirket nok utfallet av samtalen i negativ retning. Det ville nok vært bedre om pasientene hadde hatt alle legemidlene tilgjengelig, og samtalen hadde blitt utført i et eget rom også på rehabiliteringsinstitusjonen.

5.5.4 Hvor egner det seg å ha en pasientsamtale?

Det var ingen av pasientene som hadde legemidlene sine tilgjengelig under pasientsamtalene som ble gjennomført på rehabiliteringsinstitusjonen. Det var en fordel med pasientsamtalene som ble holdt i hjemmet, der hadde pasientene alle legemidlene de brukte tilgjengelig. Det gjorde det lettere å forklare, og pasientene fikk noe å relatere informasjonen til. På rehabiliteringsinstitusjonen var det mange nye mennesker å forholde seg til hele tiden, og pasientene var mest opptatt av når de skulle få reise hjem. I hjemmet hadde pasientene fått ro over seg, og var i trygge omgivelser. Det var mulig å snakke uten å bli forstyrret, og en fikk muligheten til å se hvordan pasientene håndterer legemidlene i sitt eget hjem. De pasientsamtalene som ble holdt på rehabiliteringsinstitusjon uten at pasienten fikk noe skriftlig informasjon var sannsynligvis de som pasienten hadde minst igjen for.

Det beste ville nok vært å ha pasientsamtalen i hjemmet, hovedsakelig på grunn av at alle legemidlene er lett tilgjengelig der. Pasienten var også ofte i bedre form både fysisk og mentalt, og noen hadde vært i kontakt med fastlegen, som var en fordel. I tillegg hadde

pasienten fått mer ro over situasjonen, og hvis pasientene ønsket å ha pårørende til stede, var dette også lettere å arrangere i hjemmet.

Tilsynelatende var det ikke noen av pasientene som så ut til å reagere på at det kom ”fremmede” på besøk, for å sjekke hva de kunne om legemidlene og hvordan de hadde. Det så derimot ut til at de pasientene som fikk hjemmebesøk av farmasøyt satte pris på dette.

5.5.5 Skriftlig informasjon

Skriftlig oversikt over hvilke legemidler pasientene brukte, indikasjon for bruk og hvordan legemidlene skulle administreres ble tatt godt i mot av de pasientene som fikk det. Dette burde trolig vært utarbeidet og tilbudt alle ved hjemmebesøk, selv til de som i utgangspunktet ikke var så interessert i informasjon. Spesielt siden det var ett eksempel med en pasient som i utgangspunktet ikke var så interessert, men som satte veldig pris på å få en slik oversikt likevel. Det virket som denne pasienten var relativt ukomfortabel under intervjuet, spesielt når hun ble spurt spørsmål hun ikke følte hun kunne svare på. Det fungerte mye bedre når hun fikk denne oversikten på forhånd, og vi kunne diskutere legemidlene hennes ut i fra den. Da hadde hun noen holdepunkter og kunne engasjere seg i samtalen, og kom med tilbakemeldinger på hva hun kunne fra før og hva hun ikke hadde hørt om før. En slik tilpasset oversikt til hver enkelt pasient kan være et godt utgangspunkt for en pasientsamtale.

Under arbeidet med malen for pasientsamtalen hadde vi et møte med Borghild Lomundal fra Lærings- og mestringssenteret, på St. Olavs hospital som driver med pasient- og pårørende opplæring. Hun ga noen gode tips til hvordan en bør demonstrere bruk av legemidler sammen med pasienten, og snakket også litt om kommunikasjon og ramme faktorene rundt en slik samtale. Hennes erfaringer med skriftlig informasjon var at det var helt nødvendig for pasienten, og at alle burde få et sammendrag av pasientsamtalen i etterkant.

5.6 Spørreskjemaet

I utgangspunktet var det tenkt å bruke et allerede validert spørreskjema. Det ble imidlertid ikke funnet noe spørreskjema som egnet seg til den aktuelle studien, og derfor ble ett av delmålene å utarbeide spørreskjema. En pasient fikk ikke utlevert spørreskjemaet på grunn av at hun var den første pasienten, og intervjuet med henne var egentlig tenkt som en øvelse på intervjueteknikk, men ble likevel tatt med som en del av datamaterialet.

Formålet med å bruke et spørreskjema i tillegg til intervjuet var å forsøke å måle en endring i pasientens kunnskapsnivå om egen legemiddelbehandling/-bruk før og etter pasientsamtalen. Etter å ha diskutert med sykepleier på rehabiliteringsinstitusjon, ble det avgjort at den beste løsningen ville være å gå gjennom spørreskjemaet muntlig med pasienten. Det ble lagt vekt på at spørreskjemaet skulle være enkelt og raskt å fylle ut, derfor ble det brukt lukkede svaralternativer. På denne måten standardiseres undersøkelsen siden respondentene får de samme svaralternativene å velge mellom. Dette kan imidlertid også være en ulempe hvis respondentene tvinges inn i svarkategorier de ikke er enige i, eller ikke forstår riktig. Ved bruk av spørreskjema er det ønskelig å bruke spørsmål som har blitt brukt tidligere og er validert. Det ble lagt vekt på at spørsmålene skulle være korte, entydige og enkle å forstå. Spørreskjemaet skulle ikke inneholde fremmedord, flerdimensjonale spørsmål og ledende spørsmål. De første spørsmålene i spørreskjemaet ble nok opplevd som de letteste. Tanken bak det er at om pasienten ikke klarer å svare på de første spørsmålene, så klare han/hun sannsynligvis ikke å svare på resten heller. Om en starter med enkle spørsmål blir også pasienten mer motivert til å svare på resten av spørsmålene (41b).

5.6.1 Avdekker spørreskjemaet endret kunnskapsnivå etter pasientsamtalen

Det var to av fem pasienter som hadde en bedre oversikt over hvordan de forskjellige legemidlene virket, hvilke sykdommer de fikk medisiner mot og hvordan de skulle administrere medisinen etter pasientsamtalen enn det de hadde før. Det var tre av fem pasienter som hadde bedre oversikt over når medisinen skulle tas. Dette er det som oftest ble gjennomgått i pasientsamtalen.

Det virket som pasientene ikke hadde noen problemer med å forstå spørsmålene, de pasientene som ble spurt om hvordan spørsmålene på spørreskjemaet var, synes de var enkle og forståelige. Det var en pasient som synes at spørsmålet ”jeg vet hvordan jeg skal bruke/ta/administrere legemidlene mine” var vanskelig å forstå. Det synes imidlertid å være et større problem for pasientene å gradere om de var helt eller delvis enig i påstandene. Det var spesielt en pasient som synes det var svært vanskelig å plassere svaret sitt i en av svarkategoriene. Det er mulig studenten påvirket pasienten noe i dette tilfellet, siden hun var så usikker.

Det er samme person som gjentar utleveringen av spørreskjemaet i hjemmet. Dette kan føre til at pasientene blir påvirket til å svare bedre andre gang de svarer på spørreskjemaet, for å glede forskeren. En måte å unngå dette på er at det er en annen person, som leverer ut spørreskjemaet siste gangen. Problemet vil da kunne bli at pasienten får flere personer å forholder seg til. Som tidligere diskutert, trenger ikke det å være så gunstig.

Det viste seg ikke mulig å måle noen entydig effekt av pasientsamtalen av legemidlene på kunnskap om egne legemidler. Dette kan blant annet skyldes få pasienter, men også at spørreskjemaet ikke er godt egnet til å få frem eventuelle effekter hos denne pasientgruppen. Det er stor usikkerhet rundt svarene som ble avgitt, dette kommer tydelig frem når en sammenligner svarene avgitt med hva som ble sagt i intervjuet.

5.7 Hjemmebesøk

5.7.1 Rammefaktorer

Det var en av pasientene som ønsket at hjemmesykepleien skulle håndtere legemidlene hans, da han ble intervjuet på rehabiliteringsinstitusjon. Han bodde helt alene, og ønsket at noen skulle komme og se til at han var i live morgen og kveld. Under hjemmebesøket hadde han fått hjemmesykepleie, men han var ikke helt fornøyd. De hadde midlertidig fjernet oversikten over hvilke legemidler han brukte fra dosetten, og det var tydelig at han ikke likte dette. Han hadde heller ikke fått de næringsdrikkene han skulle hatt. Hjemmesykepleien kom innom under hjemmebesøket, og da ble noe av dette oppklart. I dette tilfellet var det ikke en distraksjon at hjemmesykepleien kom innom, men det var mer en fordel å få anledning til å snakke med de som håndterte legemidlene.

Ved ett hjemmebesøk hadde pasienten så vondt, at hun ble helt utslitt bare av å gå og åpne døren. Hjemmesykepleien hadde i tillegg glemt å låse døren etter seg da de var der tidligere på dagen, og dette var pasienten svært frustrert over. Datteren bodde i samme huset, og her burde en kanskje avtalt å komme når datteren var hjemme, slik at hun kunne ha hjulpet moren med å åpne døren. Dette var noe som var vanskelig å forutsi på forhånd, og kanskje en god grunn til å involvere pårørende, så fremt pasienten ønsker det.

En annen pasient bodde alene i en leilighet. Hun var til tider svært fraværende under hjemmebesøket i forhold til hva hun hadde vært tidligere, og hun satte seg til å lese i et

ukeblad midt i samtalen. Dette gjorde at det ble vanskeligere å gjennomføre en samtale med pasienten, og påvirket nok utfallet av hjemmebesøket til en viss grad.

Det virket som hjemmebesøkene generelt sett ble godt mottatt av pasientene, og at de satte pris på besøket. Lengden på hjemmebesøkene var gjennomsnittlig 54 minutter, dette var omtrent som forventet. I noen tilfeller var det tydelig at pasienten likte svært godt å få besøk, og besøket kunne bli litt lenger enn det som var rent faglig nødvendig.

Alt i alt var det ingen av rammefaktorene nevnt ovenfor, som påvirket hjemmebesøket i noen stor grad.

5.7.2 Hjemmebesøk med pårørende til stede?

Tre av pasientene hadde pårørende til stede under hjemmebesøket. En av pasientene bodde alene i en omsorgsleilighet, og hadde tilfeldigvis besøk av datteren. Hun var ikke fornøyd med at hun som pårørende ikke hadde fått noen informasjon om prosjektet, og mente at pårørende også burde kontaktes før det ble inkludert pasienter. Resten av besøket var det hovedsakelig datteren som dominerte samtalen, og pasienten kom litt i bakgrunnen. Når pasienten skulle svare på spørreskjemaet kom datteren med kommentarer som ”nei det kan du ikke mamma” og ”ja det vet du, det er rett”. Pasienten fikk tilbud om en skriftlig oversikt over legemidlene, men datteren takket nei til dette. Datteren påvirket besøket så mye, at resultatene sannsynligvis ville sett annerledes ut uten henne. Samtidig hadde datteren god oversikt over hva moren brukte av legemidler, og kom med tilleggsinformasjon som pasienten ikke nødvendigvis ville ha fortalt selv. Hjemmebesøket endte med at både mor og datter ble fornøyd, til tross for en litt ubehagelig start.

I det ene tilfellet var det avtalt på forhånd at kona skulle være til stede under hjemmebesøket, siden det var hun som administrerte legemidlene. Dermed ble det naturlig at det var hun som fant frem legemidlene og dosetten, og forklarte hvilke legemidler han brukte. Pasienten fikk svare på spørsmålene i spørreskjemaet uten noen innblanding fra pårørende. Etter hvert fant hun også litt nølende frem sine egne legemidler, og ønsket at de også skulle bli gått gjennom. Hun hadde vært så kvalm i det siste, og lurte på om det kunne være noen bivirkninger av legemidlene hun tok. I dette tilfellet var det nødvendig at pårørende var til stede, siden pasienten ikke var aktiv i håndteringen av legemidlene.

Det var ikke avtalt at ektemannen skulle være til stede, men han kom og gikk under besøket hos en pasient, han hadde tydelig lyst til å prate, og brøt gjentatte ganger inn i samtalen. I dette tilfellet hadde det muligens vært fornuftig å invitere ektemannen til å sette seg ned sammen med oss og delta i samtalen, men samtidig er dette noe pasienten må avgjøre selv. Dette påvirket tilsynelatende ikke hjemmebesøket i noen stor grad.

Det er ikke mulig å konkludere entydig med hvorvidt pårørende bør være til stede eller ikke. Dette bør vurderes i hvert enkelt tilfelle, men som en regel bør alltid pasientene bli spurt om de ønsker pårørende til stede. Det vil heller ikke alltid være mulig å styre tilstedeværelsen til pårørende.

5.8 Er det samsvar mellom hva pasientene sier i intervjuet og hva de svarer på spørreskjemaet?

Det var ikke samsvar mellom spørreskjemaet og intervjuet for en eller flere pasienter for seks av spørsmålene.

I intervjuet ble det erfart at pasientene ofte kan mer enn det de tror, men at de ikke alltid relaterer kunnskapen de har til begreper som bivirkning, hvordan legemidlet virker og reseptfrie legemidler. Derfor vil de ofte avgi svaret "vet ikke" på denne typen spørsmål, til tross for at de har noe kunnskap på området. Dette kan være årsaken til at det var tre av spørsmålene på spørreskjemaet der det var dårlig samsvar mellom hva pasientene sa i intervjuet og hva de svarte på spørreskjemaet, som omhandlet de begrepene. Det er mulig at en kunne fått bedre resultater, om en hadde omformulert spørsmålene, og unngått begrepene over. En kunne for eksempel spurt om de kjøpte noe som var uten resept på apoteket, i stedet for å spørre om de brukte reseptfrie legemidler.

Det var heller ikke samsvar mellom spørreskjema og intervju for spørsmålene om indikasjon for bruk, om de hadde oversikt over hvilke legemidler de brukte, og om de hadde behov for mer informasjon. Dette kan komme av at spørreskjemaet ble laget slik at pasientene måtte gi gjennomsnittlige svar for alle legemidlene de brukte. Pasientene brukte i gjennomsnitt åtte legemidler, og det kan være en av årsakene til at det ble vanskelig å angi hvilken svarkategori svaret hørte til. Det ble vanskelig å svare hvis en pasient kunne veldig mye om ett legemiddel, og veldig lite om et annet. Siden alle pasientene visste hva som var indikasjon for bruk, for i alle fall ett av legemidlene de brukte, ble det muligens oftere avgitt et bedre svaralternativ enn

det som var realiteten hvis de tenkte på gjennomsnittet av total legemiddelbruk. En mulighet hadde vært å lage et spørreskjema, som tok for seg ett og ett legemiddel. Der pasientene kunne svart på hvorfor, hvordan og hvor ofte de tok legemiddelet. Det ville gitt mer detaljert informasjon, men til gjengjeld kreve mer av pasientene.

Det var samsvar mellom intervju og spørreskjema for spørsmålene om adherence, når skal legemidlene tas, og om de brukte naturmidler/helsekostprodukter. Årsaken til at det var samsvar for spørsmålet om naturmidler/helsekostprodukter, kan være at det var et kjent begrep for pasientene. De fleste pasientene brukte tilsynelatende heller ikke naturmidler eller helsekostprodukter, og dermed ble det enkelt å svare på spørsmålet. Grunnen til at det var samsvar mellom intervju og spørreskjema for spørsmålene om de alltid husket å ta legemidlene, og når legemidlene skal tas kan være at dette var spørsmål som var enkle å forstå for pasienten.

Andre årsaker til at det ikke var samsvar kan være at det var flere av pasientene som syntes det var vanskelig å kategorisere svaret sitt i et av svaralternativene. Dermed var det stor usikkerhet rundt svaralternativene som ble avgitt. En løsning på det kunne muligens vært å ha hatt enklere svaralternativer, for eksempel ”ja”, ”nei” og ”vet ikke”. Det ville på den annen side gitt et mindre nyansert bilde av hvilke kunnskaper pasientene faktisk har.

Alle pasientene ble spurt om de syntes spørsmålene var enkle og forståelige første gangen spørreskjemaet ble utlevert, og alle var enige i dette. Andre gangen spørreskjemaet ble utlevert var det en pasient som synes at et av spørsmålene var vanskelig å forstå, selv om han hadde sagt at det var enkelt og forståelig første gangen. Dette indikerer at det kan ha vært flere pasienter som ikke forsto spørreskjemaet første gangen, men at det ikke kom tydelig frem når spørreskjemaet ble gjennomgått.

Et alternativ kunne vært å få pasientene til å forklare hvordan de skjønnte spørsmålene som ble stilt, for å kontrollere at de hadde forstått spørsmålet riktig, og avga svar som stemte overens med hensikten til spørsmålet. Eventuelt kunne en ha testet ut og validert spørreskjemaet på en tilsvarende pasientgruppe i forkant, for å være sikker på at alle begreper, spørsmål og svaralternativer var forståelige. Da ville en hatt en større sikkerhet for at spørreskjemaet målte det som det var meningen at det skulle måle.

Det kan tenkes at det ble litt mye å ha et intervju først, og deretter svare på et spørreskjema. Noen pasienter følte nok at de svarte på samme spørsmål flere ganger. Det var eksempelvis en pasient som ikke fullførte spørreskjemaet, på grunn av at hun mente at hun ikke hadde noe mer å tilføye. Flere av spørsmålene i intervjuet og spørreskjemaet overlapper, og det kan virke kjedelig eller forvirrende for pasienten å svare på de samme spørsmålene flere ganger. Både det at de kan ha vært slitne og lei kan ha påvirket hvor mye de la vekt på og avgi helt korrekte svar i spørreskjemaet. En mulig løsning kunne vært å hatt færre spørsmål, slik at spørreskjemaet ble mindre omfattende. Intervjuet og spørreskjemaet kunne eventuelt blitt gjennomgått på forskjellige dager, men da ville det igjen ha blitt nødvendig mange besøk for pasienten.

Spørreskjemaet er inspirert av en artikkel av Rob Horne, der de har evaluert et spørreskjema, som skal fastsette i hvilken grad pasientene synes de har fått nok informasjon om forskrevne legemidler (43). I artikkelen konkluderes det med at dette spørreskjemaet også kan fungere som et verktøy i klinisk praksis for å identifisere hvilke informasjonsbehov pasienter har, og som et hjelpemiddel til å planlegge pasientsamtaler om legemidler. Erfaringene gjort i dette prosjektet tilsier ikke at et spørreskjema av denne typen egner seg som utgangspunkt for en pasientsamtale hos den aktuelle pasientgruppen. Dette kan skyldes at pasientpopulasjonene er forskjellige. I artikkelen nevnt over var pasientene i alderen 46 til 68 år, mens i dette prosjektet er gjennomsnittlig alder 85 år. Det kan se ut til at denne typen spørreskjema ikke fungerer like godt hos eldre pasienter, som hos yngre pasienter.

Flere av pasientene både hørte og så dårlig, noe som øker sannsynligheten for at det oppstår misforståelser. Dette er vanskeligere å fange opp i et spørreskjema enn i et intervju, noe som tilsier at et intervju er mer egnet for å identifisere både hvilket funksjonsnivå og informasjonsbehov pasienten har.

Siden spørreskjemaet etter anbefaling fra sykepleier bør gjennomgås muntlig uansett, er det muligens like nyttig å bare gjennomføre et intervju med pasienten i stedet. Det vil trolig gi mer informasjon, og gjenspeile bedre hvilke informasjonsbehov pasienten har.

Det var svært stor variasjon i hvor mye kunnskap pasientene hadde om legemiddelbehandlingen, dette synes blant annet å avhenge av om de håndterte legemidlene

selv eller fikk hjelp til dette. De pasientene som selv hadde bakgrunn som helsepersonell var også de som tilsynelatende hadde mest kunnskap og oversikt over egen legemiddelbruk.

Ut i fra resultatene fra dette prosjektet ser det ut til at det utviklede spørreskjemaet ikke egner seg spesielt godt for den aktuelle pasientpopulasjonen. Det var ikke samsvar mellom intervju og spørreskjema for seks av spørsmålene. Resultatet kunne muligens vært bedre om noen av spørsmålene i spørreskjemaet hadde blitt omformulert.

5.9 Hva ønsker pasienter informasjon om i en pasientsamtale?

Noen av pasientene som fikk hjelp fra hjemmesykepleien til å håndtere legemidlene, ønsket likevel mer informasjon om legemidlene i en pasientsamtale. To pasienter ga uttrykk for at de ønsket å ha oversikten over hvilke legemidler de brukte, og ikke bare ta det de fikk.

Fire pasienter ønsket mer informasjon om indikasjon for bruk. To pasienter ønsket informasjon om bivirkninger, når på dagen legemidlene skulle tas og hvordan de skulle administreres. En pasient fikk lagt til et nytt legemiddel på sykehuset og ønsket mer informasjon om dette, og en pasient ønsket å få vite noe om effekter av legemidlene.

Gjennom intervjuer er det vist at pasienter ønsker informasjon om bivirkninger, hvordan legemidlene virker, indikasjon for bruk og hvordan legemidlene skal administreres (23). I følge en annen studie ønsket pasienter informasjon om bivirkninger, hvordan legemidlet virket og om det var nødvendig med livsstilsendringer (24). Dette er til dels sammenfallende med funnene i dette prosjektet.

Ut i fra så få pasienter er det ikke mulig å konkludere med om det er pasientene som får hjelp til håndtering av legemidler eller de som håndterer legemidlene selv, som har størst behov for og ønske om informasjon om legemidlene sine. Det ser imidlertid ut til at pasienter som får hjelp til håndtering av legemidler ofte også ønsker informasjon om legemidlene.

5.10 Behov for informasjon

Tilsynelatende kunne alle pasientene hatt behov for mer informasjon om legemidlene sine ut i fra intervjuet, men det var bare seks pasienter som uttrykte ønske om dette. Tilsvarende resultater er funnet i en studie utført i New York, der var det bare 30 % av pasientene som

ønsket mer informasjon om legemidlene sine, selv om de ikke hadde oversikt over hvilke legemidler de brukte (27).

Pasientundersøkelser ved norske sykehus viser at informasjon om legemiddelbruk er noe av det pasientene er minst fornøyd med. En brukerundersøkelse ved St. Olav hospital viser at det var 38 %, som mente de fikk vite det de syntes var nødvendig om virkninger og bivirkninger av nye medisiner som ble startet på sykehuset, og 27 % som mente de ikke fikk nok informasjon. I tillegg var det 56 % som hadde ubesvarte spørsmål om legemidlene når det ble utskrevet fra sykehuset, og bare 14 % som ikke hadde det (47).

Det var i utgangspunktet to pasienter som ikke ønsket seg mer informasjon, men som endret mening når det allikevel ble tilbudt litt informasjon om legemidlene sine. Eldre pasienter har stor tiltro til helsepersonell, og regner ofte med at de har fått den informasjonen de trenger om legemidlene. Dermed er de ikke alltid selv klar over om det er noen spesielle forholdsregler de ikke har blitt informert om, og går ut i fra at de ikke trenger mer informasjon. Derfor kan det i noen tilfeller være nyttig å informere litt under intervjuet for å få pasientene interessert, og deretter spørre om de ønsker mer informasjon. En annen årsak til at de ikke ønsker mer informasjon kan være at de synes det er unødvendig, og at de bare kommer til å glemme det igjen. I slike tilfeller kan det være en god løsning å tilby en skriftlig oversikt, som de kan få med seg etter pasientsamtalen.

5.11 Er det nødvendig med oppfølging av pasienten i hjemmet?

Gir et hjemmebesøk tilleggsinformasjon om legemiddelbruken til pasienten?

Hos fem av seks pasienter ble det avdekket tilleggsinformasjon om legemiddelbruken under hjemmebesøket, og farmasøyt fikk bedre innsikt i pasientens legemiddelbruk.

Ut fra funnene i dette prosjektet ser det ut til at det som regel er nyttig med oppfølging av pasienten i hjemmet, og at det ofte gir tilleggsinformasjon om legemiddelbruken til pasienten. Det kan også se ut som at det i mange tilfeller egner seg bedre å holde pasientsamtalen i hjemmet, på grunn av at pasienten har alle legemidlene tilgjengelig, og det er færre forstyrrende faktorer enn på rehabiliteringsinstitusjonen. Dette er sammenfallende med

erfaringene gjort fra hjemmebesøk av pasienter på hjerteseksjonen ved medisinsk avdeling på Akershus universitetssykehus (42).

Et av hjemmebesøkene ga ingen tilleggsinformasjon om legemiddelbruken, dermed er det ikke sikkert at dette er nødvendig for absolutt alle pasientene. Hjemmebesøkene bør derfor vurderes individuelt. Det er vanskelig å definere klare seleksjonskriterier for hvem som skal få tilbudet om hjemmebesøk. Ut ifra det foreløpige antallet pasienter, kan en ikke se noen klar sammenheng mellom eksempelvis antall legemidler eller diagnose og nytten av å få hjemmebesøk. Det er heller ikke nødvendigvis slik at de som får hjelp av hjemmesykepleien til å håndtere legemidlene, ikke har behov for hjemmebesøk. Ett eksempel på det er en pasient som hadde multidose, og fikk fire tabletter med Paracet daglig, selv om hun ikke hadde vondt. Både pasient og pårørende ønsket at Paracet skulle seponeres, men mente at de ikke hadde fått gehør for dette hos hjemmesykepleien. Dette ble oppdaget i forbindelse med et hjemmebesøk. Nytten av et hjemmebesøk må vurderes for hver enkelt pasient, i hvilken grad de trenger informasjon om legemidlene kan en relativt raskt avdekke ved å ha en samtale med pasienten.

Pasientene bør bli spurt om de ønsker at farmasøyt skal gå gjennom medisinskapet, og rydde bort legemidler de ikke bruker lenger eller legemidler utgått på dato. Erfaringene fra det ene hjemmebesøket der dette ble gjennomført, indikerte at det for noen pasienter kan være et behov for en slik gjennomgang, og at pasienten var svært fornøyd med dette tilbudet og gjennomføringen.

Videre fremover kan en forsøke å kombinere pasientsamtalen med hjemmebesøket. Fordelene med dette er at det blir to i stedet for tre møter med pasienten, og dermed både mindre slitsomt og forvirrende for pasienten.

5.12 Egne erfaringer sammenlignet med sykepleiers erfaringer

I følge sykepleier er det mange eldre som er redde for å bli avhengige av smertestillende. Dette ble erfart under ett av hjemmebesøkene, der en pasient tok mindre smertestillende enn forskrevet, selv om hun helt tydelig hadde smerter. Inntrykket til sykepleieren var at dette bare gjaldt smertestillende, erfaringer fra dette prosjektet viser at det også kan gjelde andre legemidler. Det var blant annet en pasient som var engstelig for å bli avhengig av avføringsmiddelet Dulcolax®.

Sykepleier fortalte også at det var vanskelig å trappe ned sovemedisiner, når pasientene først har fått det en gang. Dette ble erfart under en pasientsamtale, der pasienten hadde fått sovemedisin på rehabiliteringsinstitusjonen, og da var hun veldig opptatt av at det måtte hun fortsatt ha når hun skulle hjem.

Sykepleier nevnte at pasientene ble informert om hvordan legemidlene skulle tas, hvis det var noen spesielle forholdsregler. Dette var noe flere av pasientene ønsket mer informasjon om under intervjuet, og som det ble ansett viktig å informere om i pasientsamtalen. Pasientene sa ikke noe om hvilken informasjon de hadde fått på rehabiliteringsinstitusjonen under pasientsamtalene, men det var flere ganger det virket som om pasientene ikke hadde fått med seg informasjon som ble gitt før. Årsaken til dette kan være at pasienten hadde glemt informasjon som ble gitt, eller at pasienten ved en feiltakelse ikke hadde fått informasjon. Rehabiliteringsinstitusjonen hadde ingen faste rutiner for hvilken legemiddelinformasjon som ble gitt, og det virket som om det kunne variere fra person til person, hvor god tid personalet hadde, og ut i fra hvilke behov pasienten hadde.

Inntrykket til sykepleier var at eldre stort sett har oversikten over hvilke legemidler de bruker, men da gjerne ut i fra antall tabletter og utseende på tablettene. Erfaringen fra denne studien viste at det bare var tre av 11 pasienter som hadde fullstendig oversikt over hvilke faste legemidler de brukte. Det er kanskje lettere for pasientene å se at det stemmer og tilsynelatende ha oversikten, når de har antall og utseende på tablettene fremfor seg i medisinbegeret, enn å huske på alle de ulike legemidlene på sparket i et intervju. Indikasjon for bruk var den måten flest pasienter kunne beskrive hvilke legemidler de brukte under intervjuet. Sannsynligvis er det mer naturlig for pasientene å beskrive hvilke legemidler de bruker ut i fra utseende og antall, når de får medisinbegeret utlevert på rehabiliteringsinstitusjonen.

I følge sykepleier så de en del feil i dosetter som eldre hadde med seg hjemmefra, dette er ikke noe som har blitt erfart så langt i studien. Årsaken til dette kan være at det foreløpig bare er inkludert tre pasienter der pårørende eller pasienten selv la opp i dosett. Ofte vil nok også hjemmesykepleien ta over håndteringen av dosetter til disse pasientene, og dermed vil det ikke være et reelt problem lenger under hjemmebesøket av farmasøyt.

6 Konklusjon

Resultatene i denne studien tyder på at pasientene fra farmasøytens ståsted har behov for mer kunnskap om legemidlene de bruker, og at mange av pasientene selv uttrykker et ønske om mer informasjon.

Indikasjon for bruk, bivirkninger og hvordan legemidlene skal administreres, er de temaene flest pasienter ønsker informasjon om.

Det viste seg ikke mulig å måle noen effekt av gitt legemiddelinformasjon på pasientens kunnskap om egne legemidler.

Det er i liten grad samsvar mellom hva pasientene sier i intervjuet, og hva de svarer på spørreskjemaet om egen legemiddelbruk. Tilsynelatende gir intervjuet et riktigere og mer nyansert bilde av pasientens kunnskaper om legemidler, enn det som er tilfelle for spørreskjemaet.

Pasientsamtaler med eldre synes å være et nyttig tiltak for å nå målet om riktig legemiddelbruk. En tilpasset skriftlig legemiddelloversikt til hver enkelt pasient kan være et godt utgangspunkt for denne samtalen.

Av ressursmessige hensyn vil man trolig ikke kunne gjennomføre et like omfattende informasjonsopplegg som det denne studien legger opp til i daglig drift. Dersom et enkelt tiltak skal prioriteres, kan hjemmebesøk hos utvalgte pasienter være et nyttig virkemiddel for å oppnå riktig legemiddelbruk hos eldre, hjemmeboende pasienter.

7 Referanser

1. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2007;5(4):345-51.
2. Hajjar ER, Hanlon JT, Sloane RJ, Lindblad CI, Pieper CF, Ruby CM, et al. Unnecessary Drug Use in Frail Older People at Hospital Discharge. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2005;53(9):1518-23.
3. Rossi MI, Young A, Maher R, Rodriguez KL, Appelt CJ, Perera S, et al. Polypharmacy and health beliefs in older outpatients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2007;5(4):317-23.
4. Eldre i Norge. Oslo, Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå 1999. side 18.
5. WHO. 10 facts on aging and the life course. [28.09.2007; cited 04.05.2008]; Available from: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/index.html.
6. WHO. Health of the elderly. [1995; cited 04.05.2008]; Available from: http://www.who.int/whr/1995/media_centre/executive_summary1/en/index4.html.
7. Legemiddelmeldingen. Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Helse- og omsorgsdepartementet. 2005.
8. Eldres helse - faktaark. Folkehelseinstituttet. 2007.
9. Brekke M, Hunskaar S, Straand J. Self-reported drug utilization, health, and lifestyle factors among 70-74 year old community dwelling individuals in Western Norway. The Hordaland Health Study (HUSK). *BMC Public Health*. 2006;6(1):121.
10. Nygaard H, Naik M, Ruths S, Straand J. Nursing-home residents and their drug use: a comparison between mentally intact and mentally impaired residents. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2003;59(5):463-9.
11. Lunde ES. Vi bruker mer og dyrere medisiner. *Samfunnsspeilet*. 2000(2).
12. Lernfelt B, Samuelsson O, Skoog I, Landahl S. Changes in drug treatment in the elderly between 1971 and 2000. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003;59:637-44.
13. Knight EL, Avorn J. Quality Indicators for Appropriate Medication Use in Vulnerable Elders. *Ann Intern Med*. 2001 October 16, 2001;135(8_Part_2):703-10.
14. Mannesse CK, Derkx FHM, de Ridder MAJ, in 't Veld AJM, van der Cammen TJM. Contribution of adverse drug reactions to hospital admission of older patients. *Age and Ageing*. 2000;29:35-9.
15. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brors O, Hilberg T, Svaar H, et al. Drug-Related Deaths in a Department of Internal Medicine. *Arch Intern Med*. 2001 October 22, 2001;161(19):2317-23.

16. Ruths S, Viktil KK, Blix HS. Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2007;127(23):3073-6.
17. Kirsten K. Viktil HSBTAMAR. Interview of patients by pharmacists contributes significantly to the identification of drug-related problems (DRPs). Pharmacoepidemiology and Drug Safety. 2006;15(9):667-74.
18. Clifford S, Barber N, Elliott R, Hartley E, Horne R. Patient-centred advice is effective in improving adherence to medicines. Pharmacy World & Science. 2006;28(3):165-70.
19. Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven) av 2 juli 1999 nr 87. (1999).
20. Lov om apotek (apotekloven) av 2 juni 2000 nr 39. (2000).
21. Lov om pasientrettigheter (pasientsrettighetsloven) av 2 juli 1999 nr 63. (1999).
22. Helse, Midt-Norge, RHF. Oppdragsdokument. [2008; cited 13.05.2008]; Available from: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/2008%20Helse%20Midt-Norge%20s%C3%B8kbar.pdf>.
23. What information do patients need about medicines? BMJ. 2003 October 11, 2003;327(7419):861.
24. Berry DC, Gillie T, Banbury S. What do patients want to know: An empirical approach to explanation generation and validation. Expert Systems with Applications. 1995;8(4):419-28.
25. Berry DC, Michas IC, Gillie T, Forster M. What do patients want to know about their medicines, and what do doctors want to tell them?: A comparative study. Psychology & Health. 1997;12(4):467-80.
26. Alibhai SM, Han RK, Naglie G. Medication education of acutely hospitalized older patients. J Gen Intern Med. 1999 Oct;14(10):610-6.
27. Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. Ann Emerg Med. 2002 Jun;39(6):605-8.
28. Spinewine A, Swine C, Dhillon S, Franklin BD, Tulken PM, Wilmotte L, et al. Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: qualitative study. BMJ. 2005 October 22, 2005;331(7522):935.
29. Micheli P, Kossovsky M, Gerstel E, Louis-Simonet M, Sigaud P, Perneger T, et al. Patients' knowledge of drug treatments after hospitalisation: the key role of information. Swiss Med Wkly. 2007 Nov 3;137(43-44):614-20.
30. Taylor K, Harding G. Pharmacy practice. London: Taylor & Francis; 2001; side a: 166-167, b: 465-466.
31. WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003:18-9.
32. Haynes Rb, Yao X, Degani A, Kripalani S, Garg A, McDonald HP. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005(4).

33. Barat I, Andreassen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *Br J Clin Pharmacol* 2001;51:615-22.
34. Weiss M, Britten N. What is Concordance. *The Pharmaceutical Journal*. 2003;271:493.
35. Herfindal ET, Gourley DR. Textbook of therapeutics: drug and disease management. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2000; side 129-144.
36. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1996; side a: 46-48, b: 137-178, c: 52-54.
37. Maguire T. Barriers to Communication - How things go wrong. *The Pharmaceutical Journal*. 2002;268(7186):246-7.
38. Maguire T. Good Communication - How to get it right. *the Pharmaceutical Journal*. 2002;268(7187):292-3.
39. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforl.; 2003; side a: 31-33, b: 129-133, c: 71-73.
40. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforl.; 2003; side a: 16-17, b: 99-101
41. Ringdal K. Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Fagbokforl.; 2001; side a: 252-256, b: 264-276.
42. Bergheim S, Jacobsen CD, Clausen F, Straand J. Hjemmebesøk av farmasøyt etter utskrivning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2008;5(128):567-9.
43. Horne R, Hankins M, Jenkins R. The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research. *Qual Saf Health Care*. 2001 September 1, 2001;10(3):135-40.
44. Behandling av søvnvansker. Statens legemiddelkontroll; 2000. side 25.
45. Poluzzi E, Strahinja P, Vaccheri A, Vargiu A, Silvani MC, Motola D, et al. Adherence to chronic cardiovascular therapies: persistence over the years and dose coverage. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2007;63(3):346-55.
46. Al-Rashed SA, Wright DJ, Roebuck N, Sunter W, Chrystyn H. The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to discharge. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2002;54(6):657-64.
47. Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus - Institusjonsresultater for nasjonal undersøkelse i 2006. Kunnskapssenteret; 2007. side 151.

Vedlegg A Intervjuguide

Hvem håndterer legemidlene dine?

Mange pasienter har vanskelig for å finne en tid til legemidlene i den daglige rutinen?

- a. Har du noen problemer med det?
- b. Bruker du dosett?
- c. Har du et annet system for å huske å ta legemidlene?

Kan du fortelle meg litt om de legemidlene du tar nå?

- d. Hvilke faste legemidler bruker du? (Hvor mange?/hva den heter?)
Ved behovsmedisin, spør etter hvor mye pasienten bruker hver dag?
- e. Hvilken sykdom/sykdommer du får legemidler for?
- f. Hvordan legemidlene dine virker?

Vet du hvordan du skal administrere/bruke legemidlene dine?

(Eksempel: inhalasjonsteknikk, øyedråper, diabetesutstyr, salver/kremer)

Er det noen av legemidlene du synes er vanskelige å ta?

(Eksempel: størrelse, form, åpne bokser/esker)

Vet du hva som er de vanligste bivirkningene?

(pasienten bør vite om de vanligste eller mest alvorlige bivirkningene og hva en skal gjøre om de oppstår)

Bruker du reseptfrie legemidler? Mot hvilke symptomer? Eventuelt hvor mye?

(Eksempel: smertestillende, obstipasjon, jern, syrenøytraliserende)

- g. Har du fortalt dette til behandlende lege?

Bruker du naturmidler/helsekostprodukter?

- h. Har du fortalt dette til behandlende lege?

Bruker du noen andre legemidler enn de du allerede har nevnt?

- i. Bruker du av og til sovemedisiner, smertestillende, nervepiller, midler mot treg mave? Hvor ofte?

Kartlegge adherence ved å spørre:

- j. Det er mange ulike måter å ta denne medisinen på, hvordan gjør du det hjemme?
- k. Hender det at du noen ganger tar litt mindre av medisinene dine enn det legen har forskrevet?
- l. Synes du det er lurt å ta medisiner?

Om du trenger informasjon om medisinene dine:

- m. Hvem spør du om informasjon?
- n. Har du opplevd noen problemer med å få tak i nødvendig informasjon om de medisinene du bruker?

Har du noen flere kommentarer/spørsmål til slutt?

Avslutning av intervjuet:

Kort sammendrag av de viktigste punktene av farmasøyt. Notere ned punkter som må gjennomgås i pasientsamtalen, og sjekke at pasienten er enig i dette.

Vedlegg B Spørreskjema om legemiddelbruk

Under står det noen utsagn om legemiddelbruk. Marker i hvor stor grad du er enig eller uenig med å sette et kryss i riktig rute. Hvis du ikke vet hva svaret er kan du krysse av for vet ikke.

Mann ☐ Kvinne ☐

Født: ☐☐☐☐

VET IKKE = TRENGER MER INFORMASJON

	HELT UENIG	DELVIS UENIG	DELVIS ENIG	HELT ENIG	VET IKKE
1. Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg vet hvordan de forskjellige medisinene jeg har fått forskrevet virker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg vet hvilke sykdommer jeg får medisiner mot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg vet hvordan jeg skal bruke/ta/administrere medisinene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg vet når jeg skal ta medisinen min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg vet hva som er de vanligste bivirkningene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg vet hva jeg skal gjøre om det oppstår en bivirkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	HELT UENIG	DELVIS UENIG	DELVIS ENIG	HELT ENIG	VET IKKE
8. Jeg vet hva jeg skal gjøre om jeg glemmer å ta en dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg bruker å ta medisinene mine akkurat slik legen har forskrevet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg husker alltid å ta medisinen min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg vet hvordan medisinen min bør oppbevares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hvis du tar reseptfrie medisiner: Jeg vet at de trygt kan brukes sammen med mine andre medisiner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hvis du tar naturmidler/helsekostprodukter: Jeg vet at de trygt kan brukes sammen med mine andre medisiner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg vet hvem jeg kan kontakte om det er noe jeg er usikker på angående medisinene mine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jeg ønsker mer informasjon om de medisinene jeg bruker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg C PAM13 spørreskjema

Etter kurs

Deltagnr:

Spørsmål om hvordan du mestrer din egen helsetilstand (Pasient aktiveringsmål - PAM13)

I forbindelse med at du deltok på ett opplæringstiltak / kurs arrangert i samarbeid med Lærings- og Mestringssentre i Helse Midt-Norge, fylte du ut ett skjema. Nå vil vi be deg om å fylle ut det samme skjemaet en gang til. Grunnen er at vi skal evaluere hvilken nytte deltakerne har av opplæringen. Det er frivillig å delta og det får ingen konsekvenser hvis du ikke deltar. Det samles ikke inn opplysninger om din identitet. Undersøkelsen er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge. Ved å fylle ut skjemaet aksepterer du å delta i undersøkelsen.

Under står noen utsagn som folk av og til bruker når de snakker om helsen sin. Marker i hvor stor grad du er enig eller uenig med hvert utsagn ved å sette et kryss under det svaret du mener passer for deg. Svaret ditt skal være det du mener og ikke hva du tror legen eller andre ønsker at du skal svare.

Hvis utsagnet ikke gjelder for deg kan du krysse av for "Ikke aktuelt".

Dato for utfylling: . .
Dag Måned År

	Helt uenig	Nokså uenig	Nokså enig	Helt enig	Ikke aktuelt
1. Når alt kommer til alt er jeg selv ansvarlig for å ta hånd om min egen helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Det aller viktigste for min egen helse og funksjonsevne er at jeg tar aktiv del i behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er sikker på at jeg kan gjøre det som er nødvendig for å forebygge eller redusere symptomer eller problemer som skyldes min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg vet hvordan de forskjellige medisinene jeg har fått foreskrevet skal virke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg vet når jeg trenger medisinsk hjelp for et helseproblem og når jeg kan ta hånd om det selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg er trygg nok til å kunne ta opp det jeg ønsker, selv om helsepersonell ikke spør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg er sikker på at jeg kan gjennomføre den foreskrevne medisinske behandlingen hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg forstår både hva helseproblemene mine dreier seg om og årsaken til dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg vet om de ulike behandlingsmuligheter for min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg har opprettholdt de endringer i livsstil som jeg har gjort for helsens skyld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAM 13 - personer med kronisk sykdom.

© 2003, University of Oregon, Judith H. Hibbard, Dr. P.H.
Norsk versjon, NTNU, Aslak Steinsbekk, Jørgen Urnes og Lisbeth Rygg

54443



Etter kurs

Deltagernr:

	Helt uenig	Nokså uenig	Nokså enig	Helt enig	Ikke aktuelt
11. Jeg vet hvordan jeg skal forebygge forverring av min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg kan finne løsninger når det oppstår nye situasjoner eller problemer med min helsetilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg kan opprettholde endringer i livsstil, for eksempel kosthold og trening, også i perioder med stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Så vil vi be deg fylle ut noen opplysninger om deg selv:

A. Stort sett, vil du si at din helse er:

☐ Utmerket ☐ Meget god ☐ God ☐ Nokså god ☐ Dårlig

B. Hvordan er din evne til å ta vare på din egen helse nå?

☐ Utmerket ☐ Meget god ☐ God ☐ Nokså god ☐ Dårlig

C. Sammenlignet med tiden FØR du deltok på opplæringstiltaket / kurset, hvordan er din evne til å ta vare på din egen helse nå?

☐ Utmerket ☐ Meget god ☐ God ☐ Nokså god ☐ Dårlig

Takk for hjelpen!

Fylles ut av Lærings og mestringssenteret / kursleder

LMSnr: Kursnr: Kursnavn: _____

Dato kursstart: . . 20

Skjema delt ut: ☐ 4 måneder etter ☐ 12 måneder etter ☐ Annet: mnd etter

PAM 13 - personer med kronisk sykdom.

© 2003, University of Oregon, Judith H. Hibbard, Dr. P.H.
Norsk versjon, NTNU, Aslak Steinsbekk, Jørgen Urnes og Lisbeth Rygg

54443



Vedlegg D Mal for pasientsamtalen

Varigheten på rehabiliteringsoppholdet er vanligvis 2-3 uker. Pasientsamtalen holdes i midten av uke 2 av oppholdet. Pasientene har med seg dosett og alle legemidlene på rehabilitering, og administrerer legemidlene selv hvis de er i stand til det. De ansatte på sykehjemmet avgjør om de er i stand til å administrere legemidlene selv, eller om de er nødt til å ta over.

Pårørende vil innkalles til samtalen, spesielt der det er ektefelle som administrerer legemidlene.

Samtalens varighet ca 30 minutter (Måle tidsbruken på samtalen)

Oppfølgingssamtale i hjemmet etter 2-3 uker

Innledning:

Skissere samtalen, og hva som er formålet.

Pasienten blir oppfordret til å stille spørsmål om noe er uklart

Spørsmål/sjekkliste:

- Hvordan går det med legemidlene du bruker?
- Nye legemidler lagt til på sykehuset? Informasjonen vil variere om det er nye legemidler eller legemidler de har brukt lenge.
- Hvorfor det er viktig å ta legemidlene. Dette for å øke motivasjonen til pasienten.
- Hvordan de skal administreres/demonstrasjon
 - Farmasøyten demonstrerer først
 - Gjenta sammen med pasienten
 - Pasient demonstrer på egen hånd
- Noe mer du ønsker informasjon om?
- Skriftlig informasjon
 - Tilpasses hver enkelt, sammendrag av samtalen, er helt nødvendig
 - Faguttrykk i klamme på informasjon du gir ut, det er viktig med begge deler.
 - Dokumenteres i journal hva som er gjennomgått?
 - Del ut ekstra brosjyrer om legemidler/sykdom der det finnes/er nødvendig

Etter behov:

- Informasjon om hva pasienten skal gjøre ved bedring/forverring av nåværende plager, og hva de skal passe på ved nye plager.
- Ulike praktiske problemer: inhalasjonsteknikk, øye- og nesedråper, diabetesutstyr (injeksjon, blodsuktermålinger), salver/kremer.
Dosett/tablettdele? Kan tablettene deles/knuses?
Svelgevansker: behov for knusing av tabletter? Annen formulering?
Vanskelig for å åpne bokser/eskere.
- Doseringstidspunkt?
- Likeverdig bytte?
- Bivirkninger? Viktig å informere om vanlige bivirkninger som går over, og bivirkninger som inntreffer før effekten.
- Interaksjoner?

- Alkohol/røyking?
- Risiko ved bråseponering, for eksempel kortikosteroider
- Konsekvenser ved over-/under forbruk av medisiner

Avslutning:

Gir pasienten anledning til å oppsummere samtalen med det de oppfattet som det viktigste. Farmasøyten kan supplere om det er nødvendig.

Vedlegg E Transkribert intervju pasient nr 12

F: Jeg tenkte bare du kunne nå fortelle meg litt først om hvordan du synes det går med medisinene dine og hva du bruker for noe?

P: Ja jeg bruker jo de vanlige Ventoline, Atrovent, Flutide, Seretide..der har vi de fire..også bruker jeg forstøver..det er jo forstøveren det der går i..

F: Ja

P: Jeg bruker i grunn ikke noe mye flere medikamenter.

F: Nei

P: Når jeg tenker meg om så er det nok det..det går på

F: Det er det..ja

P: Har du noe å foreslå? (latter)..noe jeg nevnte sist..

F: Tar du noen tabletter?

P: Litt vitamintilskudd naturligvis har jeg jo tatt også er det jo B-vitaminer..men ellers er det ikke noe medisiner med noe hardt..

F: Nei.. Du vet hvorfor du tar de her medisinene?

P: Ja det tror jeg nok..det har jeg fått høre noen ganger (latter)..ja jeg mangler jo en del B-vitaminer..så det går jo mest på det da..

F: Det andre er for pusten og?

P: Ja

F: Er det du selv som administrerer?

P: Ja..ja nå skal vi se jeg glemte Fosamax..den tas jo..jeg tar den ikke en gang i uken..men jeg tar en gang per dag jeg

F: Ja

P: Den lille tabletten..også..hva heter den der..kalsium

F: Calcigran

P: Calcigran eller hva den heter ja..den tar jeg da to ganger per dag..middag og kveld..og den andre om morgenen hver dag.

F: Mm. god oversikt ser jeg..(latter)

P: Ja nei jeg kom på hva jeg hadde i skuffen som jeg liksom administrerte selv som du snakket om..for det vil dem nødig administrere her for de er veldig lite vant med Fosamax som gis daglig. De vil ha den der ukentlige saken..og jeg gjorde det en stund, men det ble jo det samme som at det aldri ble tatt..den der ene dagen den ble glemt bort..

F: Det er mye vanskeligere..

P: Men sånn hver dag det er så greit..da begynner dagen der..

F: Så du synes det er greit å huske på å ta de når du..?

P: Mye greiere å huske..siden det så har jeg aldri glemt det

F: Nei så bra..men har du noen dosett eller sånt som du legger det i?

P: Nei

F: Nei for det er vel stort..da er det bare den tabletten der du tar da og kalk.

P: Nei det er ikke så mye å passe på at jeg behøver noe hel dosett

F: Nei..nei.. Hva med dem du bruker på forstøver.. Hvor mye tar du av dem? Hvor ofte?

Går ut på badet og henter ventoline og atrovent

P: Ja..skal vi se..der har du styrkegraden

F: Ventoline tar du den bare ved behov?

P: Nei nei nei

F: Nei du tar den fast?

P: Fire ganger daglig

F: Fire ganger daglig ja

P: Fire ganger daglig..1 dose av den og 1 dose av den og fire ganger i døgnet (peker på atrovent og ventoline) og to ganger i døgnet kommer da Flutide og Seretide til gjennom sånn volumatic..så pust..

F: Ja..så da tar du begge de ventoline og atrovent fire ganger i døgnet

P: Fire ganger daglig her og to ganger disse gjennom volumatic morgen og kveld

F: Ja

P: Spesielt den Seretiden virker å hjelpe veldig bra..den er helt ny for meg..den har jeg faktisk ikke brukt mer enn i..ja siden jeg kom ut av sykehuset..14 dager..og den holder uvanlig bra altså.

F: Ja den hjelper bra

P: Ja den hjelper..den gis jo liksom i 12 timers virkemiddelpunkt og den virker *uklart* hele dagen av den jeg tar om morgenen og hele natten av den jeg tar på kvelden..

F: Det er jo veldig flott

P: Så den er kjempefin..kan bare anbefales

F: Ja (latter) Så det er seretide ikke serevent du tar da?

P: Nei Seretide

F: Det er Seretide ja

P: Den har jeg dessverre ute på badet så..men jeg vet at det er det

F: Det går helt fint

P: For at Sereventen har jeg ikke fått tillatelse til enda

F: Nei

P: Den ligger på vent

F: Nei..mm..vet du hvordan de forskjellige medisinene her virker?

P: Ja sånn noenlunde... jeg har jo brukt dem i årevis..

F: Ja

P: De her har jeg jo brukt i tre-fire år..også har jo Flutide kommet til også Seretide kom nå til nå på sykehuset og siden så..nei jeg vet jo hvordan det funker med hensyn til inhalering særlig gjennom volumatic..at det er mye lurere enn å ta det direkte i fra kilden

F: Mm..ja

P: At man da må puste mye hurtigere og kraftigere..det slipper man jo gjennom volumatic

F: Mm ja

P: Så det synes jeg er greit

F: Du føler det går greit å håndtere alt sammen?

P: Ja ja..ikke noe problem.

F: Det virker som du har veldig god oversikt i alle fall

P: Ja jeg håper det

F: Ja..sånn utenom..du tar ikke noe å sove på?

P: Jeg har gjort det her..ja..gjør det for sikkerhets skyld

F: Ja

P: For før jeg begynte med det så hadde jeg en lei uvane at jeg måtte skifte skjorte i alle fall to ganger om natten..om ikke tre..for det at jeg svettet så veldig..så jeg ble klissbløt og kald..

F: Ja

P: Men så var det noen som sa ta en sovetablett så slipper du å gjøre rent det sølet der..ja det viste seg at det var rett..ja da sov jeg godt i fra elleve til sju

F: Ja

P: Og det er det jeg trenger..og da har det ikke noe våte skjorter

F: Nei

P: Så..men på institusjoner og sykehus har jeg pleid å bruke sovetabletter..men det er ikke noe som jeg gjør hjemme noen gang

F: Nei

P: Så det behøver ikke å ha noe sånn effekt at man blir tilvendt det

F: Nei men det kan jo være litt mer støy på en..her kanskje..

P: Ja det kan være..her er det jo veldig fredelig..jeg har jo vært kjempe heldig med rommet

F: Ja alenerom

P: Ja ja det er nesten så jeg skjønner ikke hva jeg har gjort for å oppnå det (latter)

F: Det er jo veldig kjekt

P: Det er veldig kjekt

F: Det er jo godt å få være litt for seg selv

P: Ja det er veldig godt..sånn når man blir eldre så skal man jo helst få lov å være alene mener jeg..så mens disse her fordømte fangene våre..de sitter på enerom med alskens midler i fengslene og vi skal stues inn på dobbeltrom..det er ikke riktig sånn det skal være..

F: Nei.. Hva med reseptfrie medisiner.. Bruker du noe av det?

P: Hva skulle det være da?

F: Det kan jo være smertestillende.. Paracet

P: Åja..nei du når jeg først bruker smertestillende da er det Paralgin Forte

F: Ja

P: Ja da er det ikke noe mellomting

F: Nei

P: Ja det kan gå på en liten Pinex eller noe sånt og men..nei..der har jeg nok Paralgin Forte til et års forbruk bestandig..så jeg har en fastlege som forstår at jeg ikke driver noe overforbruk selv om jeg har mye.

F: Ja.. Så hvor mye ca bruker du av det?

P: Du.. Paralgin Forte brukte jeg tre ganger to da jeg kom inn på sykehuset her på grunn av smerter.

F: Ja

P: To morgen, to i middagen og to om kvelden

F: Ja

P: Og det her trappes jo ned etter hvert som jeg ikke behøvde det

F: Ja

P: Og da hadde jeg noen forferdelige rygg smerter på grunn av osteoporosen faktisk..som for første gang ga smerter..den har jeg mange småbrudd og kompresjonsbrudd i ryggraden tidligere, men aldri kjent en eneste vond smerte..men så satte han inn for fullt og da tenkte jeg..dette her skjønner jeg ikke..det kunne ikke være lungene for det satt midt i mellom..midt på ryggen..og da var det ikke annen råd enn å begynne å tenkte på det måtte være virvelen og det var det.

F: Ja

P: Og det trengte sine Paralginer..men det gikk greit

F: Tar du det nå? Fortsatt?

P: Nei nei nei..å langt i fra..lenge siden..jeg har mitt eget lille lager og det får jeg lov å ha her

F: Ja..så du kan ta ved behov da visst du..?

P: Ved behov, men jeg sier i fra og jeg tror ikke jeg har tatt en eneste en siden jeg kom inn her i fra sykehuset.

F: Nei så det er ikke så ofte du trenger det da?

P:Nei da men skulle jeg trenge det så vet jeg at det er bare å si fra at nå tar jeg en

F: Ja..kjekt å ha den tryggheten

P: Ja det er det..de stoler på meg

F: Ja. Fikk du noe mot forstoppelse da når du brukte Paralgin Forte eller var du ikke plaget?

P: Nei jeg var i grunnen ikke sånn som folk forteller at de blir

F: Nei

P: Nei (latter)..jeg var jo likedan..så tåler jeg det jo for magen

F: Ja så du har ingen problemer med at du blir kvalm eller uvel?

P: Nei jeg har ikke noe problemer med det..*utydelig*..for da gjør maven seg vrang

F: Det er mange som har problemer med det

P: Ja det har jeg faktisk ikke..at man får en vrang mave når man først er på en institusjon..det er vanlig..så man må ty til med litt sånn laktose..

F: Laktulose

P: Laktulose ja..akkurat..laktose har vel mer *utydelig*

F: Så du får litt av det nå da? Når du er her?

P: Jeg gjør det, men jeg vil helst ha det fra morgenen av..ikke kvelden.

F: Ja

P: Da kan man jo kanskje komme til å være litt uheldig..det er ikke så morsomt..

F: Nei.. Ellers mot sure oppstøt og sånt..du bruker ikke noe sånt?

P: Det har jeg aldri hatt (pasienten banker i bordet) (latter)..ønsker det ikke heller..nei du jeg har i grunnen vært i kategorien uforskammet frisk..det var det legen kalte meg..de gangene jeg valgte å komme innom..

F: Ja.. Mm

P: På en periode fra 1972, da hadde jeg salmonella smittet av en papegøye og til 1990, det var 18 år så var jeg ikke borte fra kontoret en dag.

F: Nei

P: Ikke en time

F: Det er ikke verst

P: Så jeg kan i grunnen si at jeg var uforskammet frisk, men så fikk jeg det her da..*utydelig*

F: Ja

P: Men nei du jeg har i grunnen hatt veldig lite med sykdom å gjøre opp i gjennom. Når det først har vært noe så har det vært sannelige ting som den der salmonellaen som jeg fikk av..kjøpte en *utydelig* en sannelig snakkepapegøye som lå steindød i buret etter en uke..det der var jammen bortkasta penger tenkte jeg..18000 lå i buret og var fullstendig sannelig..

F: Oi (latter)

P: Så jeg putta han i fryseren i massevis av plast og avisapir og tenkte det..vi får se hva det var siden..jeg har ikke tid nå for jeg må på kontoret..og dermed så fikk jeg undersøkt..ja først ble jeg nå kraftig syk selv da når jeg gjorde i stand buret..også viser det seg at jeg hadde fått salmonella av fuglen for den hadde aldri vært i karantene må vite..den var ulovlig innført til Oslo..og jeg hadde kjøpt den med meg derfra..jeg kunne jo ha laga det styret vet du for den forretningen, men det eneste jeg ba om var å få igjen pengene. Fuglen ville jeg ikke se, men jeg fikk en ny fugl..og da hadde jeg veldig lite lyst på papegøyer

F: Ja (latter)

P: Så den satte jeg bort til min mor..(latter)..hun kosa seg med den så lenge hun kunne ha den og så var det jeg som overtok den etter på igjen..så nå har jeg nummer fire hjemme..

F: Ja (latter)

P: Ja men de er veldig kosedyr

F: De er det ja?

P: Ja også vet du i blokk kan jeg ikke ha hund..og dessuten så kan jeg ikke løpe etter den bikkja likevel lenger..så det ville bli hundeplasseri

F: Det er kanskje litt mer arbeid med en hund enn med en

P: Ja men du verden så deilig..jeg trodde ikke jeg kunne leve uten..det går an hvis jeg bare har et annet dyr å ta vare på..så nå venter jeg bare på om jeg kan få den hit, men det kan jeg vel neppe..jeg skal spørre..

F: Ja (latter)

P: Ja (latter)..jeg skal spørre..kanskje jeg får den hit..ja

F: Vet du hva som er vanligste bivirkninger til de medisinene du bruker?

P: Nå tror jeg du spør vanskelig

F: Ja (latter)

P: Bivirkninger..

F: Eller er det noe du har blitt opplyst om av..hvordan du skal ta det eller?

P: Det har jeg sikkert..hvis jeg begynner å tenke meg om i bunken av papirer så må det jo stå et eller annet om bivirkninger, men det kan jeg ikke komme på i farten

F: Nei

P: Og ikke plages jeg med noe heller

F: Nei

P: Hårvall kanskje..det gjelder jo eldre mennesker i sin helhet..

F: Ja.. Mm

P: Tørr hud..ja også har jeg jo den der hormonsaken også da som naturligvis lager sine problemer for hud..ja det vil jo det være..

F: Nei..

P: Kan du fortelle meg hvilke? (latter)

F: Det med Fosamaxen..den tar du jo litt før..tidlig på morgenen før du..

P: Fosamaxen er den første jeg tar

F: Ja før du tar annen mat og drikke

P: Halvtime minst før mat

F: Og grunnen til det vet du?

P: Ja man må jo i alle fall være oppreist og ikke ligge ned

F: Det er fordi den kan etse eller svi litt på..

P: Ja er det det? Det har jeg lurt på

F: Ja at den kan være forstyrrende på spiserøret. Det er på en måte en bivirkning, men så lenge du tar det rett er det ikke et problem

P: Nei, men jeg har lurt akkurat på det der at man må være oppreist. Og det sier jo litt om at hvis du ligger på siden så kan jo tabletten legge seg fast

F: Og det er på grunn av det og at du skal drikke rikelig

P: Jeg skal si deg det jeg at den er kraftig den der vesle tassen der (latter)

F: Ja (latter)

P: Ja det visste jeg ikke faktisk..jeg visste det ikke, men det ante meg

F: Også med Flutide og sånn skal man jo helst skylle munnen etter på

P: Å ja..heldigvis nå så har jeg fått lov å flytte alt sammen inn på badet i et eget skap..fordi å dra alt det der frem og tilbake hver bidige gang jeg skulle ut der..ja det er to ganger daglig da..morgen og kveld..det synes jeg var et ork

F: Ja

P: Men nå har jeg skap jeg kan bruke der ute og det har gått, for nå får jeg gjort det

F: Ja

P: Jeg følte liksom at (latter)..jeg var ikke ren i munnen altså..

F: Nei (latter) og det er jo på grunn av at du kan få sopp i munnen

P: Ja..jeg snakket faktisk med en dame på sykehuset som hadde fått det

F: Åja

P: Forstå det..jeg hadde aldri..jeg er tannlege selv..så jeg skulle jo ha all mulig interesse av det der med sopp i munnhulen..men du skjønner at det..jeg trodde faktisk det var bare en sånn skremselsparagraf jeg..men hun fortalte hun altså..hun hadde fått sopp hun..hun hadde slurva..

F: Ja

P: Med den der der..så jeg fikk jo en ekstra..

F: Litt ekstra motivasjon

P: Ja jeg fikk ekstra lite i baken ja..si at det der må du gjøre..så det hadde jeg faktisk ikke hørt om et menneske som hadde fått før..men hun hadde det og plagdes naturligvis forferdelig.

F: Ja jeg tror det er veldig plagsomt

P: Ja det er plagsomt..ja

F: Hva med naturmidler eller helsekostprodukter? Bruker du noe sånt?

P: Nei det har jeg aldri gjort (latter), men jo da jeg krøp til korset skjønner du..jeg har et naturmiddel..

F: Ja (latter)

P: Men det er noe fordi jeg tror ikke skolemedisinen noen sinne har kommet til bunns i det problemet..her (viser frem pakken)..er mot restless legs og kramper

F: Ja

P: Så der har jeg virkelig gått til litt innkjøp

F: Ja

P: Og bruker det..ikke daglig, men når jeg har følelsen av at ikke jeg får bøyd fingrene skikkelig og likedan får litt leggekramper så er jeg rask bort på den der..kjempebra

F: Du synes det hjelper?

P: Ja det hjelper..to ganger daglig..ypperlig

F: Ja, men tar du det to ganger daglig eller tar du når du kjenner det?

P: I perioder ja da må jeg ta det, for da spretter jeg ut av senga tre ganger hver natt vet du og springer rundt på gulvet

F: Ja

P: Og det var ikke noe behagelig, men nå er det ikke så gale..nå merker jeg det mest..særlig på tommeltottene..de kan plutselig bli stående feil vei.

F: Ja

P: Men det er ikke så veldig mye..men når beina ikke funker om natta da er det ikke noe hyggelig

F: Nei

P: Når du liksom kjenner at du må stampe i fotstøtten for å overhode å kjenne at du..

F: Ja...hestekastanje ja..

P: Ja hestekastanje må vite.. bra saker (latter)..ganske artig, men at jeg skulle noen gang forlate..du ikke bare det..jeg skal virkelig innrømme hva jeg gjorde..og det virka det og..

F: Ja

P: Man skal legge stålskjeer og stålgafler under madrassen..der omtrent som beina ligger..leggene ligger

F: Åh

P: Og jeg var under der med tre skjeer og tre gafler og tenkte..ja kan jeg få virkning at det her..trodde ingenting på det..også tok jeg ikke noe av det der (peker på boksen med Venastat) og det virka

F: Ja ikke verst

P: Helt til noen fant noen gafler og skjeer i senga mi som de ikke skjønnte hvorfor skulle være der (latter)

F: (latter)

P: Da måtte jeg innrømme at de hadde jeg faktisk lagt dit selv, men vet ikke om de tapte virkning jeg, men det hjalp..det gjorde det..det må være en form for magnetisme som ikke jeg kjenner til..men men

F: Ja

P: Nei nå tror jeg at jeg har innrømmet alle mine synder når det gjelder medisiner (latter)

F: Ja (latter)..Synes du at du..føler du at du trenger noe mer informasjon om medisinene dine?

P: Nei jeg tror ikke det

F: Nei

P: Nei

F: Du føler at du har god oversikt?

P: Jeg synes stort sett at jeg har den oversikten jeg trenger

F: Ja

Vedlegg F Sortering av analysetema

Pasient nr.	Sitat nr.	Intervju Behov for informasjon	Spørreskjema: Jeg ønsker mer informasjon om de medisinene jeg bruker	
			FØR	ETTER
1	1	..."ja jeg vet i grunn ikke hva jeg får medisin for".. "det skulle jeg gjerne ha visst..for det vet jeg ikke"..	Helt uenig	Helt uenig
	2	F: "Men føler du at du kunne trengt litt mer informasjon om medisinene du bruker?" P: "Det kunne jeg vel ha trengt ja..det syns jeg nok"		
2	Ikke lydbånd	Hun trengte informasjon om når hun skulle ta medisinen, og om den skulle tas sammen med mat. I tillegg til at hun lurte på hva laktulose var for noe	Ikke spørreskjema	
3	1	F: "Hva er det du ellers bruker?..." P: "Jeg vet ikke"	Delvis enig	Delvis enig
4	1	F: "Så ja..du får for blodsukkeret..er det noe annet du vet du får medisiner for?" P: "Nei"	Helt uenig	
	2	F: "Føler du at du trenger mer informasjon om medisinene dine? Er det noe du lurar på?" P: "Tror ikke det" "Jeg tar det som jeg får"		
6	1	F: "Er det noe du lurar på angående medisinene?" P: "Nei i grunnen så føler jeg at det er vel ikke noe annet som kan hjelpe noe bedre enn det jeg får."	Ikke svart	Hvis hun får nye
7	1	F: "Føler du at du trenger mer informasjon om medisinen du bruker?" P: "Ja kan du gi noe da"?	Ikke svart	Helt uenig
8	1	F: "Er det noe du synest du trenger mer informasjon om når det gjelder medisiner?" P: "Nei det trenger jeg jo ikke..jeg synest det har gått bra"	Ikke svart	Ønsket ikke delta lenger

11	1	Hun sa hun ikke hadde fått noe informasjon om legemidlene hun brukte. Hun kunne tenke seg en skriftlig oversikt over hvilke legemidler hun brukte, indikasjon for bruk og hvordan de skulle tas. Først var hun ikke så interessert, men når jeg fortalte litt om Alendronate og hvordan den skulle tas ble hun mer interessert.	Delvis enig	
12	1	F: .."Føler du at du trenger noe mer informasjon om medisinene dine?" P: "Nei jeg tror ikke det" F: "Du føler at du har god oversikt?" P: "Jeg synes stort sett jeg har den oversikten jeg trenger"	Helt uenig	
13	1	Ønsket i utgangspunktet ikke mer informasjon, mente det ikke var noe poeng på grunn av at hun kom til å glemme det igjen	Hvis hun får nye legemidler	
14	1	F: "Kunne du tenkt deg mer informasjon om de medisinene du tar?" P: "Jaa.." F: "Ja..Du hadde synes det hadde vært interessant?" P: "Ja..har du noe lettlest? Ikke en bok men.."	Helt enig	

Vedlegg G Totaloversikt legemiddelbruk alle pasienter ved innleggelse/sykehus/rehabiliteringsinstitusjon

Pasient nr 1

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Dosering pasient	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
						FØR	ETTER
Selo-Zok 100 mg	Selo-Zok 100 mg	Selo-Zok 100 mg	1x1			Delvis enig	Delvis enig
Sobril 10 mg	Sobril 10 mg	Sobril 10 mg	1x1				
Atacand 16 mg	Atacand 16 mg	Atacand 16 mg	1x1				
Albyl-E 75 mg	Albyl-E 75 mg	Albyl-E 75 mg	1x1	Albyl E			
Cipralex 10 mg	Cipralex 10 mg	Cipralex 10 mg	1x1	"Jeg får også en sånn som ..som den yngste datteren..den eldste vet ikke noe om det..men den yngste har hørt at en far til en dyrlege på Ytterøya (latter)..han var så nedfor etter at han ble alene og sånn da..og han hadde fått en medisin som han ble så oppkvikket av..det går jeg på nå..men hva det er det vet jeg ikke.."			
Kajos mikstur 33 mg K/ml	Kajos mikstur 33 mg K/ml	Kajos mikstur 33 mg K/ml	30 ml x 1				
Xalatan øyedråper 50 mcg/ml	Xalatan øyedråper 50 mcg/ml	Xalatan øyedråper 50 mcg/ml	1x1	"Jo, jeg drypper øynene ja.. jeg drypper både for grå og grønn stær"	2 ganger morgen 1 gang kveld		
Betopic S øyedråper 2,5 mg/ml	Betopic S øyedråper 2,5 mg/ml	Betopic S øyedråper 2,5 mg/ml	1x2				
Paracet 500 mg	Pinex 500 mg	Paracet 500 mg	2x4				
Laktulose	Laktulose						
	Morfin						
	Zopiklon			"Og jeg får noe å sove på om aftenen.."			
	Klexane			"Og da drev de jo og stakk meg i maven i ett kjørt da.. for at..Sånn mot blodpropp.."			
				"..også får jeg vel noe for benskjørhet tror jeg nesten.."			

Pasient nr
2

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Dosering pasient	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker
Albyl E 75 mg	Albyl E 160 mg	Albyl E 160 mg	1x1	Blodfortynnende		Fikk ikke spørreskjema
	Laktulose	Laktulose	15 ml x 2			
	Nobligan			Den grønne og gule		
		Norspan 10 mcg/t		Morfinplaster	Styrke 2	

Pasient nr 3

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
					FØR	ETTER
Albyl E 75 mg	Albyl E 75 mg	Albyl E 75 mg	1 tablett morgen	"Ja..noe av det tror jeg er hjertemedisiner.. iallefall den der Albyl"	Delvis enig	Delvis enig
Selo-Zok 50 mg	Selo-Zok 50 mg	Selo-Zok 50 mg	1 tablett morgen			
Simvastatin 40 mg	Simvastatin 40 mg	Simvastatin 40 mg	1 tablett morgen			
Somac 40 mg	Somac 40 mg	Somac 40 mg	1 tablett morgen	"Ja det var vel en som gikk på maven eller noe sånt"		
Vitamin B12 depot	Vitamin B12 depot	Betolvex inj 1 mg/ml	Hver 3 måned			
	Calogen	Calogen	30 ml x 3	"Nei..altså..eneste jeg drikker er for vekta da..det skal være noe sånn.. addera..sånn næringsdrikker"		
	Prednisolon 20 mg	Prednisolon 5 mg	3 tabletter morgen	"..jeg synes han sa P24 eller noe sånt.."		
	Zopiklon 5 mg	Zopiklon 5 mg	1 tablett kveld			
	Paracet 500 mg	Paracet 500 mg	1 tablett kveld	"..jeg tar paracet.."		
	Multivitaminer	Nycoplus multi voksen	1 tablett morgen			

*Hadde en lapp i lommeboka over hvilke legemidler han brukte: Nexium, Pravachol, Selo-Zok og Albyl E.

Pasient 4

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Dosering pasient	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
						FØR	ETTER
Citalopram 20 mg	Citalopram 20 mg	Citalopram 20 mg	1x1			Delvis enig	
Amaryl 2 mg	Amaryl 2 mg	Amaryl 2 mg	1x1	"Ja..en for dagen for blodsukkeret"	1x1		
	Albyl-E 75 mg	Albyl-E 75 mg	1x1				
	Vitamin B1 (tiamin)	Tiamin 3 mg	5x3				
	Pinex	Pinex 500 mg	2x4				
	Pinex Forte	Pinex Forte	1x4				
	Klexane 40 mg						
		Ferro-Retard 100 mg	1x2				
		Nycoplus C-vitamin 75 mg	1x2				
		Laktulose mikstur	15 mlx2	F: "Bruker du noe annet..noe mot forstoppelse eller mot maven" P: "Nei ingen"			
		Nycoplus B-total	1x3				

Pasient 6

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Dosering pasient	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
						FØR	ETTER
Ikke tilgjengelig						Helt enig	Helt enig
	Marevan 2,5 mg	Marevan 2,5 mg	1x1	"Så jeg har Fosamax..også har jeg Marevan.. 2,5 tabletter per dag..har jeg hatt nå da.. Sykehuset var jo..kuttet jo ut litt fordi at jeg skulle ned på et visst nivå før operasjonen"	2,5 tabletter		
	Fosamax 70 mg	Fosamax 70 mg	1x1				
	Ovesterin 1 mg	Ovesterin 1 mg	1x1				
	Pranolol 40 mg	Pranolol 40 mg	1x2	"Pranolol""Har jeg..og det har jeg 2 per dag.. (utydelig)..og skulle kutte ut den ene.. men jeg hørte ikke noe mer om det så det kan være jeg hørte feil.."	1x2		
	Laktulose	Laktulose	15 mlx2	"Så har jeg sann..vet ikke om det er.. den der duf..Duphalac..nei..dupholac.. "For den sitter mannen måler..(latter).. opp til meg hver frokost"			
	Bronkyl 200 mg	Bronkyl 200 mg	Ved behov				
	Selexid			"Det jeg fikk på sykehuset er jo kuttet ut igjen da"			
	Klexane						
	Ketorax						
	Morfin		1x3				
	Paracetamol		Ved behov				
		Tramadol 50 mg		P:"Paracet ja..også..men så har de gått over til oblihan. Er det det heter?"			
		Nitroglycerin 0.5 mg		.."også har jeg nitroglycerin..den har jeg stående i nattbordskuffen min her da..for det at jeg hadde et anfall også..jeg fikk det ikke før det var godten del og da begynte det å gå over..også sa jeg..da er det bedre at jeg har en i nattbordskuffen her"	Ved behov		

Pasient 7

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
Ikke tilgjengelig					FØR	ETTER
	Laktulose	Laktulose	15 mlx2	"Sånn olje for maven må jeg ha..for den treg bestandig"	Vet ikke	Helt uenig
	Niferex 100 mg	Niferex 100 mg	1x1			
	Albyl E 160 mg	Albyl E 160 mg	1x1	"Ja jeg har nå brukt sånn Marevan før da.. om jeg skal ha det nå vet jeg ikke"		
	Stilnoct 5 mg	Stilnoct 5 mg	1x1			
	Paralgin Forte	Pinex Forte	1 tablett ved behov	Sa at hun fikk smertestillende når hun ble tappet for vann (fikk ikke det med på lydbåndet)		
	Paracet 500 mg	Paracet 500 mg	2x2			
	Toilax	Toilax	2 tabletter ved behov			
		Burinex 1mg	2+1			
		Laxoberal	15 dråper ved behov	"Også får jeg noen dråper i tillegg for maven når det bli.."		

Pasient 8

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
					FØR	ETTER
					Helt enig	Ønsket ikke delta lenger
Selo-Zok 100 mg	Selo-Zok 100 mg	Selo-Zok 100 mg	1x1	Spurte direkte etter at lydbåndet var slått av om hun brukte noen medisiner for hjertet eller for blodtrykket. Det sa hun at hun ikke gjorde.		
Renitec 5 mg	Renitec 5 mg	Renitec 5 mg	1x1			
	Furadantin 50 mg	Furadantin 50 mg	1x1	"Ja også har jeg vært veldig mye plaget med blærekatarr jeg..men nå er den bedre..men det er noen medisiner med det..må være med"		
Zyrtec 10 mg	Zyrtec 10 mg	Zyrtec 10 mg	1x1	"Ja allergimedisin har jeg hatt i mange år..for det er mot forskjellige blomster og..så den må jeg nesten ha..		
	Paracet 500 mg	Paracet 500 mg	1x4	"..og forresten da så...etter at jeg kom hit så var det noe smertestillende fordi jeg hadde brutt hofta.. Jeg har nå fått det her da.."		
	Paralgin Forte	Paralgin Forte	1 tablett ved behov			
	Laktulose	Laktulose	15 mlx2	F: "Du bruker ikke noe for maven?" P: "Jo, det får jeg for maven"		
	Furix 40 mg					
	Afipran (i.v)					
	Morfīn (i.v)					
	Furix (i.v)					
	Klexane 40 mg					
Brexidol 20 mg						

Pasient 11

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker*	Dosering pasient	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
						FØR	ETTER
Imovane 7,5 mg	Imovane 7,5 mg	Imovane 7,5 mg	1x1	Imovane 7,5 mg	1x1	Helt uenig (andre adm.)	
Fosamax 10 mg	Fosamax 10 mg	Alendronate 70 mg	1/uke	Alendronate 70 mg	1/uke		
Isoptin Retard 240 mg	Isoptin Retard 240 mg	Isoptin Retard 240 mg	1x1	Isoptin Retard 240 mg	1x1		
Levaxin 0,1 µg	Levaxin 0,1 µg	Levaxin 0,1 µg	1x1	Levaxin 0,1 mg	1x1		
Calcigran forte	Calcigran forte	Calcigran forte	1+0+1	Calcigran forte	1+0+1		
Cozaar Comp							
Albyl E 160 mg							
	Prednisolon 5 mg	Prednisolon 10 mg		Prednisolon 5 mg	2x1		
	Ferro Retard 100 mg	Ferro Retard 100 mg	1+0+1				
	C-vitamin 75 mg	C-vitamin 75 mg	1+0+1				
	Laktulose	Laktulose	15 ml x 2				
	Nobligan 50 mg	Nobligan 50 mg	1x3	Nobligan 50 mg	2+1+2		
	Paracet 500 mg	Paracet 1 g	1x4	Paracet 1 g	1x4		
	Pinex forte						
	Morfin 5 mg i.v (engangsdosering)						

*avskrift dosett

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Dosering pasient	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
						FØR	ETTER
Ikke tilgjengelig						Helt enig	
	Fosamax 10 mg	Fosamax 10 mg	1x1	"Ja..ja nå skal vi se jeg glemte Fosamax.. den tas jo..jeg tar den ikke en gang i uken.. men jeg tar en gang per dag jeg"	1x1		
	Calcigran Forte	Calcigran Forte	0+1+1	"Calcigran eller hva den heter ja.. den tar jeg to ganger per dag.. middag og kveld..og den andre om morgenen hver dag"			
	Triobe	Triobe	1x1	"..også er det jo B-vitaminer.."			
	Laktulose			"..så man må ty til med litt sånn laktulose"			
	Furix 20 mg						
	Atrovent 0,250 mg	Atrovent 0,250 mg	1x4	"Ja jeg bruker jo de vanlige Ventoline, Atrovent,Flutide, Seretide.. der har vi de fire..også bruker jeg forstøver..det er jo forstøveren det der går i.."	"Fire ganger i døgnet"		
	Ventoline 2,5 mg	Ventoline 1,0 mg	1x4		"Fire ganger i døgnet"		
	Flutide 250 µg	Flutide 250 µg	2x2		"..to ganger i døgnet kommer da Flutide og Seretide til gjennom sånn volumatic.. så pust.."		
	Serevent 25 µg	Serevent 25 µg	2x2				
	Zinacef 1,5 g						
	Paracet 500 mg			"Åja..nei du når jeg først bruker smertestillende da er det Paralgin Forte"			
	Prednisolon 30 mg	Prednisolon 20 mg	1x1 (7 dagers kur)				
		Zopiclone 7,5 mg	1x1	"Så..,men på institusjoner og sykehus har jeg pleid å bruke sovetabletter.. men det er ikke noe som jeg gjør hjemme noen gang"			
				"Du..Paralgin Forte brukte jeg tre ganger to da jeg kom inn på sykehuset her på grunn av smerter"	3x2 på sykehuset		
		Nycoplus B-tonin	10 ml/dag				

Pasient 13

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Dosering pasient	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
						FØR	ETTER
Nobligan 50 mg	Nobligan 50 mg	Nobligan 50 mg	1x4	Nobligan	1x4	Delvis enig	
Vival 5 mg							
Alendronate 70 mg	Optinate septimum	Optinate septimum	1/uke	Ikke helt sikker på om hun fikk noe for benskjørhet, men kom på at hun fikk en tablett som hun tok bare 1 gang i uken Spurte direkte om benskjørhet	1/uke		
Paracet 500 mg	Paracet 500 mg						
Calcigran Forte							
	Simvastatin 10 mg	Simvastatin 10 mg	1x1	Trodde hun fikk noe for kolesterolet Spurte direkte om kolesterolmedisin			
	Cozaar comp	Cozaar comp	1x1	Noe for høyt blodtrykk			
	Spersadex øyedråper						
	Laktulose	Laktulose	15 ml x 2	Laktulose			
	Pinex forte						
	Imovane 5 mg	Imovane 5 mg	Ved behov	Sovemedisin når hun var innlagt på institusjon			
	Toilax						
		Xalcom øyedråper	1 dråpe x 2	Øyedråper, måtte spørres spesifikt om			

Pasient 14

Fastlegen	Sykehuset	Sykehjemmet	Dosering sykehjemmet	Beskrivelse pasient av hva han/hun bruker	Dosering pasient	Spørreskjema: Jeg har oversikt over hvilke medisiner jeg bruker	
						FØR	ETTER
Burinex 2 mg	Burinex 2 mg	Burinex 2 mg	1+0+1	"Og jeg bruker sånn burinex, vanndrivende"	"Igjen og det er 4 mg om dagen"	Helt enig	
Isoptin 120 mg	Isoptin 120 mg	Isoptin 120 mg	1+0+1	"Ja jeg bruker for øyeblikket, per i dag så bruker jeg Isoptin"			
Spirix 25 mg	Spirix 50 mg			"Det vil si jeg har brukt Spirix"			
Marevan 2,5 mg	Byttet til Klexane 100 mg	Klexane 100 mg	1 sprøyte morgen	"Før så hadde jeg Marevan, men på sykehuset foretrekker de Klexane"			
Thalidomid 100 mg	Thalidomid 100 mg	Thalidomid 100 mg	1x1	"Jeg bruker Thalidomid"			
	Kloramfenikol øyesalve			"Jo akkurat nå får jeg..jeg har en liten betennelse der" (peker på øyet)			
	Ferro Retard 100 mg	Ferro Retard 100 mg	1x1	"Og jeg bruker Ferro Retard"			
	Pinex Forte						
	Laxoberal dråper	Laxoberal dråper	10 dråper morgen	"Ja også av og til har de noen dråper opp i den da av et eller annet.."			
	Klyx						
	Laktulose	Laktulose	(15+15+15) ml	"Ja laktulose"			
	Isoptin 120 mg i.v						
	Furix 20 mg i.v						

Vedlegg H Skriftlig informasjon gitt pasient 3

LEGEMIDLER	VIRKNING	TIDSPUNKT	MED ELLER UTEN MAT
Somac	Hemmer syreproduksjonen i magen	Morgen Tas ca 1 time før frokost	Utenom måltid
Albyl E	Blodfortynnende	Morgen	Utenom måltid
Selo-Zok	Senker blodtrykket	Morgen	
Prednisolon	Betennelsesdempende Demper kroppens immunreaksjoner	Morgen	Tas sammen med mat eller melk for å unngå irritasjon av magesekken
Simvastatin	Senker kolesterolet	Kveld	
Zopiklon	Sovemedisin	Kveld Rett før sengetid	
Paracet	Smertestillende		
Nycoplus multi	Multivitaminer		
Betolvex inj	Vitamin B12		
Calogen	Næringsdrikk/kosttilskudd		

* referanser: www.felleskatalogen.no og Norsk elektronisk legehåndbok

Vedlegg I Skriftlig informasjon gitt pasient 11

LEGEMIDLER	VIRKNING	ADMINISTRERING
Imovane	Sovemedisin	Tas kveld Rett før sengetid
Alendronate	Mot benskjørhet	1 tablett 1 gang i uken på fast ukedag Tas om morgenen en halv time før andre legemidler, mat og drikke. Tablettene inntas stående eller sittende med et glass vann. En skal ikke legge seg ned før det har gått en halv time Svelges hele
Isoptin Retard	Reduserer belastningen på hjertet og bedrer blodtilførselen ved å utvide blodkarene, senke hjertefrekvensen og dempe kraften på hjerteslagene	Tablettene kan deles Må ikke knuses eller tygges
Levaxin	For stoffskiftet	
Calcigran forte	Kalsiumtilskudd	Kan tygges, svelges hele eller røres ut i vann
Prednisolon	Betennelsesdempende Demper kroppens immunreaksjoner	Tas om morgenen Tas sammen med mat eller melk for å unngå irritasjon av magesekken
Nobligan	Smertestillende	Svelges hele
Paracet	Smertestillende	

* referanser: www.felleskatalogen.no og Norsk elektronisk legehåndbok

Vedlegg J Skriftlig informasjon gitt pasient 13

LEGEMIDLER	VIRKNING	ADMINISTRERING
Nobligan	Smertestillende	Svelges hele
Optinate septimum	Mot benskjørhet	1 tablett 1 gang i uken på fast ukedag Tas om morgenen en halv time før andre legemidler, mat og drikke. Tablettene inntas stående eller sittende med et glass vann. En skal ikke legge seg ned før det har gått en halv time Svelges hele
Simvastatin	Senker kolesterolet	Tas om kvelden
Cozaar comp	Senker blodtrykket	Kan tas både med og uten mat
Laktulose	Vedvarende forstoppelse Øker mengden vann i tarmen, som stimulerer tarmen til økt aktivitet	
Imovane	Sovemedisin	Kveld Rett før sengetid
Xalcom	Grønn stær er en sykdom der trykket inne i øyet er for høyt. I øyet er det en væske som kalles kammervann. Xalcom både øker avløpet og nedsetter produksjonen av kammervann	Dryppes på innsiden av nedre øyelokk. Kom ikke i kontakt med øyet eller øyevippene for å unngå smitte. Hold øyet lukket i minst 30 sekunder. Oppbevares kaldt før åpning Åpnet flaske kan oppbevares i romtemperatur i inntil fire uker

* referanser: www.felleskatalogen.no og Norsk elektronisk legehåndbok

Vedlegg K Skriftlig informasjon gitt pasient 14

LEGEMIDLER	VIRKNING	ADMINISTRERING	BIVIRKNINGER
Burinex	<p>Vanndrivende, har god effekt på vannstuvning (ødem) i kroppen</p> <p>Øker utskillelsen av vann og salt gjennom nyrene, slik at urinproduksjonen blir større. Dermed reduseres væskemengden i blodårene og blodtrykket faller.</p> <p>Belastningen på hjertet blir også mindre fordi det er mindre blodvæske som pumpes rundt i kroppen</p> <p>Rask, kraftig og kortvarig virkning</p> <p>Tablettene virker i 4-6 timer</p> <p>Utskillelsen av andre salter som kalium, klorid, kalsium og magnesium øker også.</p>	Kan være en fordel å ta om morgenen	<p>Svimmelhet og tretthet ses spesielt ved oppstart</p> <p>Kan føre til at mengden kalium, klorid, kalsium, natrium og magnesium i kroppen blir for liten</p>
Isoptin	<p>Reduserer belastningen på hjertet og bedrer blodtilførselen ved å utvide blodkarene, senke hjerterefrekvensen og dempe kraften på hjerteslagene</p>		Er som regel milde og går over
Thalidomid	Studier har vist effekt på blødninger i mage og tarm		
Klexane	<p>Blodfortynnende</p> <p>Brosjyre om Marevan vedlagt</p>	Oppbevares < 25 °C	
Ferro Retard	Mot jernmangel	<p>Svelges hele</p> <p>Kan være lurt å ta sammen med mat</p>	Kvalme, magesmerter, forstoppelse eller løs mage
Laktulose	<p>Vedvarende forstoppelse</p> <p>Øker mengden vann i tarmen, som stimulerer tarmen til økt aktivitet</p>		
Laxoberal	<p>Akutt og kortvarig forstoppelse</p> <p>Stimulerer tarmen til økt aktivitet</p>	<p>Kan blandes med drikke eller mat</p> <p>Tas om kvelden</p>	
Dulcolax	<p>Akutt og kortvarig forstoppelse</p> <p>Stimulerer tarmen til økt aktivitet</p> <p>Stikkpille virker etter 15-60 minutter</p>		

* referanser: www.felleskatalogen.no og Norsk elektronisk legehåndbok